

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 28 Octobre 1899, à 1 heure

PAR

Joseph OLIVRY

Né à Charsonville (Loiret) le 13 janvier 1872

GROSSESSE

DANS

L'UTÉRUS FIBROMATEUX

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. POIRIER, professeur.

HARTMANN et ACHARD, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 28 Octobre 1899, à 1 heure

PAR

Joseph OLIVRY

Né à Charsonville (Loiret) le 13 janvier 1872

GROSSESSE

DANS

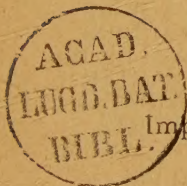
L'UTÉRUS FIBROMATEUX

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. POIRIER, professeur.

HARTMANN et ACHARD, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS :		MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale	}	JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
Maladies de enfants		GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des mala- dies de l'encéphale		JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux ..		RAYMOND
		BERGER
Clinique chirurgicale	}	DUPLAY
		LEDENTU
		TILLAX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..		GUYON
Clinique d'accouchement	}	BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Témoignage d'amour filial et de profonde
reconnaissance.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

· A MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ

A MES MAITRES, DANS LES HOPITAUX :

MONSIEUR LE PROFESSEUR MONOT, 1896

MONSIEUR LE PROFESSEUR TAPRET, 1896

MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER, 1897

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY, 1898

Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR SCHWARTZ, 1898

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD, 1899

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE .

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Grossesse dans l'utérus fibromateux

INTRODUCTION

Nous ne saurions aborder l'exposition des faits dont nous nous sommes ici proposé l'étude, sans témoigner de notre profonde reconnaissance pour tous ceux auxquels nous sommes redevable d'avoir pu entreprendre ce présent travail.

Qu'il nous soit permis d'adresser ici nos remerciements à tous ceux qui nous ont honoré de leur bienveillance, tous nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux de Paris.

Notre premier hommage revient à notre éminent maître M. le professeur Berger, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

M. le Professeur Monot, par un enseignement clair et précis, nous a familiarisé à l'étude de la clinique chirurgicale, qu'il veuille bien croire à notre profonde gratitude.

M. le professeur Tapret a été notre initiateur à

l'étude de la clinique médicale, nous emportons de son service le meilleur souvenir.

C'est surtout aux bienveillants conseils et au solide enseignement de M. le professeur Troisier, que nous devons nos connaissances en clinique interne ; qu'il nous permette de lui témoigner ici notre profonde gratitude.

Que M. le professeur Schwartz reçoive l'expression de notre reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli. Que M. le professeur Dieulafoy veuille bien agréer le témoignage de notre profonde gratitude pour le grand avantage qu'il nous a donné en nous permettant de profiter de ses leçons et d'apprécier l'incomparable éclat de son enseignement.

A la clinique Baudelocque, M. le professeur Pinard, vers lequel nous attiraient des travaux si parfaitement didactiques, par ses leçons si claires et si intéressantes nous a initié à l'art des accouchements nous conserverons de ce maître éminent un souvenir plein d'affection.

Qu'il nous soit permis d'adresser ici tous nos remerciements à MM. les docteurs Banzet, Brodier et Funk Brentano qui nous ont prodigué leurs conseils toujours affectueux.

Nous offrons à tous nos maîtres notre reconnaissance et notre respect.

Historique

Non seulement les corps fibreux de l'utérus sont intéressants à considérer au point de vue chirurgical, mais encore au point de vue obstétrical, tant au point de vue des difficultés qu'ils apportent dans la conception, des modifications qu'ils subissent pendant le cours de la grossesse, que des entraves qu'ils apportent au moment de l'accouchement. De là autant de questions qu'il est intéressant d'approfondir et de bien connaître pour qu'un traitement rationnel puisse vaincre les difficultés soulevées par ces mêmes questions. C'est ce travail qu'il nous faut entreprendre ici ; aussi sans plus tarder entrons immédiatement dans notre sujet.

Les tumeurs fibreuses de l'utérus encore appelées corps fibreux, fibromes, myomes, fibro myomes constituées en grande partie par des fibres musculaires lisses avec du tissu conjonctif, des veines, des artères et des lymphatiques, n'étant pour ainsi dire qu'une forme de la tunique moyenne de l'utérus, possédant la plupart de ses propriétés, sont très

fréquentes, surtout pendant la période d'activité sexuelle ; qu'elles soient sous-péritonéales, sous-muqueuses ou interstitielles, qu'elles occupent des sièges variables, le corps de l'utérus, le fond, le segment inférieur ou le col lui-même, qu'elles soient sessiles ou pédiculées, uniques ou multiples, avec des volumes variables, les tumeurs fibreuses avons-nous dit, n'ont pas seulement exercé que l'habileté du chirurgien ou prêté matière aux recherches de l'anatomopathologiste ; dès longtemps déjà l'attention et la vigilance des accoucheurs avaient été attirées par elles, ces tumeurs font, en effet, de l'utérus qui les porte un terrain souvent défavorable à l'éclosion ou à l'évolution normale d'une grossesse ; elles sont susceptibles d'entraver la marche régulière de la grossesse ; elles sont parfois la source de graves complications au cours du post-partum.

Bien que soupçonnées par les anciens, sans que leurs rapports avec la grossesse aient été définis, ces tumeurs ont été étudiées dans leurs rapports avec la grossesse par Béranger de Carpi, Tabrice de Hilden, Paullinus, Haen, Amand et surtout Levret ; en 1749, plus tard dans les temps modernes, il nous faut sans hésiter, citer les noms de Chaussier, Beclard, Madame Lachapelle, Madame Boivin, Dugès, Deneux, d'Outrepont, Amussat, Danyau, Faget, Huguier, Guyon, Dubar, Depaul, Tarnier Gueniot, Blot, Trelat, Magdelaine, Lambert, Lefour, Ribemont-

Dessaignes, Lepage, Puech, Pinard, Varnier, pour la France ; ceux de Nœgelé, Puchelt, Dreslau, Toloczinou, Susserott, Naus, Gusserou, pour l'Allemagne ; ceux de d'Ashwell, Ingleby, Lewer, Oldham, pour l'Angleterre ; celui de Mangiagalli, pour l'Italie ; celui de Hortwitz, pour la Russie.

Dans cette étude des rapports réciproques des fibromes et de la grossesse, nous devons passer en revue plusieurs points en détail, les points à étudier seront les suivants :

1^o Influence des fibromes de l'utérus sur la fécondation ;

2^o Influence des fibromes sur la grossesse ;

3^o Influence des fibromes sur le travail ;

4^o Influence des fibromes sur les suites de couches.

Après cela, nous dirons quelques mots de l'influence de la grossesse sur les fibromes et après une symptomatologie un peu spéciale et la discussion du pronostic, nous insisterons sur les différents traitements indiqués dans les différents cas.



Influence des fibro-myomes sur la fécondation.

La majorité des auteurs est aujourd'hui d'accord pour admettre que les fibromes, s'ils n'empêchent pas la fécondation, la diminuent dans de fortes proportions ; il semble que les fibro-myomes soient cause d'une stérilité relative. Sur 100 femmes qui portent des fibromes il y en a 33 qui sont stériles, tandis que chez les femmes prises en général, il y en a une stérile sur 8 (Spencer Well) lorsqu'elles ont des grossesses, elles en ont généralement aussi un nombre moindre, voilà ce que l'on peut considérer comme l'état normal. Les statistiques réunies de Gusserou, Michel, Engelmann, Deigel, Schröder, Mangiagalli, Dœhrig, Mac Clintock, Scanzoni, Winckel, Susserott, Marion, Sims, donnent 620 femmes stériles sur 2.050 femmes avec fibromes, donc 1 sur 3,14, un peu moins du tiers.

Winckel et Susserott ont trouvé sur 100 femmes à utérus fibromateux, 37,3 unipares, 53,5 pluripares et 9,09 multipares, au lieu de 22,7 unipares, 52,2 plu-

ripares et 22,1 multipares que l'on observe sur 100 femmes saines; il y a donc diminution dans le nombre des grossesses aussi. Cette diminution de la fécondité se retrouve dans toutes les statistiques et le fait a été également observé en médecine vétérinaire, Lafosse fait remarquer que l'on rencontre souvent des fibromes utérins chez les femelles stériles des grands animaux domestiques. Il faut noter que les fibromes du col auraient une influence moins marquée sur la conception que ceux du corps de l'utérus, Saffordlee, Guyon, Sims ont constaté que 302 cas de fibro-myomes de l'utérus à l'état de vacuité fournissent 28 cas de tumeurs du col. Chahbaziani sur 380 cas de fibro-myomes compliquant la grossesse en a relevé 80 au niveau du col; il semble donc d'après cela que la proportion des fibromes du col utérin à ceux du corps soit plus élevée pendant la grossesse, partant les fibromes du col doivent avoir moins d'influence sur la conception que ceux qui atteignent le corps même de l'utérus.

Les causes de cette stérilité relative se trouvent dans ce fait que les tumeurs fibreuses modifient la structure de l'utérus et des annexes, congestionnent la muqueuse utérine, laissant ainsi moins de facilité à la fixation de l'ovule fécondé, déforment l'utérus qui est souvent en anté ou rétroversion ou en latéroflexion, bouchent parfois l'orifice du col, déplacent les trompes.

Les modifications qui peuvent, sous l'influence des fibromes, porter sur l'utérus, peuvent les unes intéresser la structure anatomique des organes, les autres altérer leurs formes ou leurs rapports normaux.

Les lésions histologiques touchent la muqueuse et la musculature utérines ; le plus souvent au niveau de la région correspondant à la tumeur, on trouve des lésions de métrite glandulaire hypertrophique et hyperplasique avec destruction des glandes (Gaillard Thomas, Courty, Darbour, Wyder, Campe, Gœtze, Heitzmann, Cornil, Curatolo, Datuau. Cette métrite est la cause des hémorrhagies qui accompagnent les corps fibreux, bien que Nitot ait constaté plusieurs fois des hémorrhagies abondantes avec muqueuse saine. Mais ne faut-il pas faire la part ici de la congestion pour ainsi dire chronique, de l'irritation produite continuellement par le corps fibreux et ne sait-on pas que dans les cas de congestion de longue durée les capillaires peuvent s'enflammer, devenir faibles et se rompre à la moindre occasion.

Admettons que cette congestion, suivie de rupture, se fasse sur une assez grande surface, cela sera assez pour produire une hémorrhagie abondante, d'autant plus facile à se répéter que le même état congestif sera toujours là, entretenant toujours les lésions ; il semble qu'il y ait là un fait analogue à ce qui se passe dans tous les autres organes ; qu'un organe soit chroniquement enflammé de la sclérose s'organise

petit à petit et on sait qu'il n'y a rien qui favorise plus que cela les hémorrhagies, citons comme exemple la phtisie fibreuse. Il semble qu'il se passe dans l'organe ainsi atteint une sorte d'éréthisme vasculaire qui favorise les hémorrhagies. Outre cette lésion utérine au niveau du corps fibreux, il faut noter que tout le système génital subit en outre le contre-coup de la lésion utérine ; cette métrite peut se propager facilement à la muqueuse des trompes, faire adhérer les villosités entre elles, cloisonner la trompe et oblitérer ainsi celles-ci, donnant lieu à des lésions de salpingite (Chiari, Popou, Uter).

L'ovaire lui-même peut participer aux altérations du reste du système génital. Bullius a toujours trouvé les ovaires malades chez les femmes ayant des fibro-myomes. Popou a fait les mêmes constatations et a surtout noté la prolifération du tissu conjonctif avec atrophie des follicules de Graaf ; l'aguet a noté les ovaires scléro-kystiques ; pour M. Pasquali, ce sont précisément les altérations des ovaires, bien plus encore que celles de l'endométrie, qui sont cause que les femmes fibro-myomateuses sont moins prolifiques que les autres. Inversement, M. Pilliet a vu trois fibromes utérins d'origine inflammatoire et qui avaient succédé à des annexites ; ces observations vont avec les idées d'Uter, Legueu et Marion, qui regardent certains fibromes comme la conséquence des lésions inflammatoires de la muqueuse utérine.

Non seulement l'utérus, les trompes et les ovaires apportent leur contingent à la stérilité, mais il en est de même des hémorragies si fréquentes des corps fibreux et de l'hydropisie (Nègre).

De plus, la contraction spasmodique de l'utérus réflexivement engendrée par l'excitation qu'exerce sur ses fibres musculaires une tumeur, quand elle a surtout pour siège la portion cervicale, vient momentanément annihiler la lumière du col et du corps et barrer la voie aux spermatozoïdes.

En prenant du développement, enfin, la tumeur ne fait que multiplier les obstacles pour la fécondation, en déplaçant la matrice en haut, en bas, en arrière, en avant ou sur les côtés; l'utérus fibromateux est ordinairement en rétroversion; mais la tumeur peut envahir, suivant sa position, différentes régions: la cavité abdominale, la cavité pelvienne, les cavités utérine et vaginale.

Dans le premier cas, s'appuyant sur les fosses iliaques, la tumeur sous-péritonéale, généralement, tend à s'élever progressivement dans l'abdomen, entraînant l'utérus dans son mouvement d'ascension, comme le ferait un kyste de l'ovaire. L'utérus, obligé de suivre le mouvement d'ascension, s'étire pour ainsi dire et voit souvent sa lumière s'étrangler sur un point, point correspondant en général à l'isthme. Outre cet allongement de la cavité en profondeur, par suite d'un processus hypertrophique des fibres

musculaires de l'utérus, cette cavité devient irrégulière, son axe devient dévié et sinueux, et son calibre souvent rétréci.

Quand la tumeur ne peut sortir du petit bassin, elle ne pourra que s'y enclaver et produire, par suite de son développement progressif, des compressions sur des organes importants du petit bassin, compressions dont fatalement l'utérus ressentira le contre-coup ; c'est là une des graves conséquences du corps fibreux, entrave au développement de l'utérus et fréquence, par suite de cette compression et du peu d'espace que l'utérus a pour se développer, des mauvaises positions du fœtus.

Dans les cas de fibrome sous-muqueux l'accroissement de la tumeur aura pour résultat l'oblitération de la cavité utérine d'abord, du canal cervical ensuite ; il se peut que ce fibrome soit pédiculé et alors souvent au moment du travail, par suite de rupture du pédicule, il est expulsé. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; alors il y a gêne dans le travail, longueur dans l'accouchement, contractions irrégulières et fréquemment ruptures utérines ; non seulement il y a danger pour la mère, mais encore pour l'enfant. Nous reviendrons d'ailleurs là-dessus quand nous aborderons le pronostic de la grossesse dans un utérus fibromateux. Il peut enfin arriver que la cavité vaginale elle-même soit envahie par d'énormes tumeurs à évolution continue, qui, prenant insertion sur un point quel-

conque de la cavité utérine, vont s'épanouir à la vulvè. Les fibro-myomes sous-péritonéaux sessiles ou pédiculés du segment inférieur, subissent au cours de la grossesse et dans la grande majorité des cas un déplacement de bas en haut. Ils effectuent donc un mouvement d'ascension vers l'abdomen pendant que la présentation prend leur place dans le petit bassin qu'ils obstruaient (Depaul, Tarnier, Gueniot), il semble que l'ascension de ces tumeurs est intimement liée au mode de développement de l'utérus lequel ne se fait pas d'une façon régulière. Le col et la partie postéro-inférieure du corps se trouvent de ce fait portés en haut et en arrière, au cours de la grossesse ; or cette partie du segment inférieur est précisément le lieu d'élection des fibromes ; d'un autre côté l'élévation de l'utérus est également un facteur qui contribue à celle du fibrome. Pour M. Blot un mouvement de bascule de l'utérus en avant n'est peut-être pas sans influence sur le désenclavement de la tumeur.

Qu'on ajoute à toutes ces influences pouvant expliquer la rareté de la fécondation chez les femmes fibromateuses, les poussées de pelvi-péritonite pouvant se faire au niveau de tumeurs, le vulvo-vaginitisme qui existe parfois dans ces cas et on verra combien sont nombreuses ces causes de non-fécondité et il n'y a pas à dire il faut bien accuser de cela les corps fibreux, car on a vu des femmes stériles jus-

qu'alors devenir enceintes immédiatement après l'ablation d'un fibro-myome.

Si nous voulons résumer en quelques mots ce chapitre nous pouvons dire que :

1° La grossesse est moins fréquente chez les femmes avec corps fibreux que sur les autres ;

2° Lorsqu'il y a grossesse, celles-ci sont en moins grand nombre ;

3° Les causes de cette stérilité relative résident dans la métrite, les altérations des annexes, et des ovaires, l'état congestif et spasmodique de l'utérus, l'agrandissement de la cavité utérine et ses irrégularités, les déplacements de l'utérus, la pelvi-péritonite, le vulvo vaginisme, etc.

Telles sont les idées universellement admises un peu partout par la majorité des accoucheurs, il nous faut dire ici quelques mots de théories plus ou moins spécieuses, soutenues par des personnes de grand talent, telles que Dayle, Meckel, Cruveilhier, Virchow, Scanzoni, Spiegelberg, Hofmeier ; ces auteurs soutiennent que c'est la stérilité qui occasionne le développement des tumeurs fibreuses de l'utérus et certain d'entre eux, Hofmeier va jusqu'à soutenir que les femmes ayant des corps fibreux sont plus facilement et plus fréquemment enceintes que les autres.

D'après Cohnheim, toute néoplasie serait le produit des germes embryonnaires ayant anormalement persisté ; les germes donc qui demeurent dans l'uté-

rus subissent, d'après lui, au moment de la grossesse une prolifération active qui explique l'augmentation de volume de cet organe pendant cette période ; si par suite de l'absence de fécondation ces germes ne peuvent être physiologiquement utilisés, leur activité ne se manifeste pas moins mais d'une façon pathologique en donnant naissance à des tumeurs identiques comme structure au tissu utérin, les fibromyomes. Nous n'avons pas besoin d'insister pour faire voir combien tout cela est spécieux et hasardé.



Influence des fibromes sur la grossesse

Nous avons vu que bien que moins fréquente la grossesse pouvait se faire dans un utérus fibromateux ; lorsque cette grossesse a lieu souvent elle n'est pas modifiée d'une manière sensible, mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'évolution de cette grossesse se ressent souvent plus ou moins des conditions anormales dans lesquelles elle est forcée de s'effectuer.

Les fibro-myomes en déterminant, comme nous l'avons vu précédemment des modifications de structure, amenant des troubles dans les mouvements des cils de son revêtement épithélial, ou occasionnant des rétrécissements, des obstructions par caillot ou encore des adhérences, des villosités entre elles ou d'autres déviant son pavillon, peuvent s'opposer à l'arrivée dans l'utérus de l'ovule fécondé ; il peut se produire ainsi des cas de grossesse extra utérine (Lefour, Le Bec, Doléris, Péan) ; l'œuf arrivé dans l'utérus n'est pas encore à l'abri du danger ; il faut tenir compte ici des modifications éprouvées par la muqueuse, des

flux hémorrhagiques, leucorrhiques et de l'état plus ou moins permanent de spasme de l'utérus qui fait que l'ovule se fixe difficilement dans l'utérus ou du moins quand il a été fixé, ne tarde pas dans un grand nombre de cas à être détaché et à être expulsé au dehors : si l'œuf est fixé il se fixe ordinairement mal et donne lieu à une insertion vicieuse, principalement lorsqu'il s'agit de fibromes sous-muqueux et interstitiels, surtout de ceux avoisinant le col (Naus, Lefour, Chahbaziai) ; il faut noter que les travaux de Pinard et de ses élèves atténuent dans une certaine mesure l'importance attribuée au fibrome utérin comme facteur de l'insertion vicieuse du placenta.

Le placenta prend quelquefois insertion sur la tumeur même. (Lefour, Kaltenbach, Bertin, Treub, Maygrier) ; la plupart des observations sont muettes, et pour cause, sur le lieu précis de l'insertion placentaire ; nous verrons plus tard que cette insertion du placenta sur la tumeur à une certaine importance au point de vue du pronostic de la grossesse.

Voilà déjà un certain nombre de causes pouvant troubler l'évolution de la grossesse, mais avant de parler d'autres accidents qui peuvent interrompre la gestation tels que les hémorrhagies, l'hydrorrhée, les troubles de compression, les complications inflammatoires, insistons sur ce point qu'il n'est pas rare d'observer des grossesses évoluant heureusement

dans des utérus porteurs et même farcis de corps fibreux ; ce sont notamment les fibromes sous-péritonéaux qui permettent le plus souvent l'évolution normale d'une grossesse concomitante (Chadwich).

Citons, dans ce but, les deux observations typiques suivantes :

OBSERVATION I

Due à Von Jasch, Wien. Med. Presse, n° 14, 1885.

Femme de 37 ans, enceinte pour la septième fois ; accouchement *spontané* d'un enfant vivant. Accouchement ordinaire. Au bout de dix minutes, expulsion du placenta, la sage-femme a constaté dès le début de la délivrance à la vulve une tumeur qui augmente progressivement de volume. Au bout de 24 heures elle fait venir le médecin ; celui-ci déclare que la tumeur grosse comme une tête d'enfant, tendue, violacée, fluctuante sur certains points est un hématome de la grande lèvre du côté droit ; quelques jours après sa première visite l'auteur trouve la tumeur froide, dure et noirâtre sans changement de volume ; il l'incise et après un écoulement de 100 gram. de sang noir il tomba sur une masse énucléable qu'il extirpa. Il s'agissait d'un fibro-myome volumineux n'étant apparu à la vulve que pendant le travail il fallait donc admettre qu'elle provenait du col de l'utérus, avait décollé ainsi le tissu cellulaire périvaginal et avait été

chassée à la vulve par les contractions utérines et la pression de la tête.

Cette observation est intéressante à trois points de vue :

1° La tumeur a passé inaperçue pendant tout le cours de la grossesse.

2° Elle n'a gêné en quoi ce soit l'accouchement en lui-même.

3° Enfin elle a été expulsée spontanément. Cela peut diminuer un peu la gravité du pronostic des fibromes utérins.

OBSERVATION II

Turgard. *Annales de Gynécologie*, décembre 1888.

Femme Lebl. . . . 28 ans, arrivée au septième mois d'une sixième grossesse.

Appelée auprès d'elle le 1^{er} avril 1885. C'est une femme pâle, chloro-anémique, qui en dehors de l'état de gravidité a toujours été bien réglée et n'a jamais présenté d'hémorrhagies. Ses cinq dernières grossesses sont arrivées à terme et se sont terminées par des accouchements normaux : sa grossesse actuelle ne présentait rien de particulier lorsque dans la nuit du 1^{er} avril 1885, elle fut prise de douleurs

et crut sentir son enfant se déplacer. Je la vis ce jour même à deux heures de l'après-midi.

Les douleurs étaient peu fréquentes et peu intenses ; au palper on trouvait la tête dans la fosse iliaque droite et les pieds en avant dans le flanc gauche ; au toucher le col était effacé et avait la dilatation d'une pièce de cinq francs ; les membranes étaient peu tendues, intactes et je pus sentir le coude engagé dans le col.

Le diagnostic était facile ; je me trouvais en présence d'une présentation du tronc en cephalo-iliaque droite de l'épaule droite, les membranes n'étant pas rompues je me mis en devoir de pratiquer la version par manœuvres externes ; l'opération fut des *plus simples* et le fœtus évolua *sans difficulté* sous la pression des deux mains dont l'une appuyait sur la tête pour la faire descendre pendant que l'autre repoussait le siège en haut vers le fond de l'utérus ; je pus m'assurer immédiatement que le fœtus était bien en présentation du sommet ; je plaçai aussitôt un bandage de corps avec coussins latéraux pour maintenir la réduction et ordonnai une potion et un lavement laudanisés.

Le lendemain la présentation céphalique s'était maintenue : les douleurs avaient cessé et le col était refermé ; le bassin était normal, il n'y avait pas d'hydramnios ; *rien pendant l'examen* ne me fit soupçonner la présence d'une tumeur dans l'abdomen ; il n'y en avait certainement pas dans l'excavation ; la cause de la présentation transversale m'échappait.

Il ne se passa *rien d'anormal* jusqu'à la fin de la grossesse et le 28 mai le travail se déclara. La sage-femme qui fut alors appelée me fit prier dans la nuit de venir terminer

l'accouchement, car il y avait, disait-elle, une tumeur qui plongeait dans l'excavation et empêchait la progression de la tête.

Le toucher me fit reconnaître la vérité de son assertion ; en effet dans la concavité du sacrum se trouvait une tumeur lisse, un peu aplatie, antéro-postérieure, de la grosseur du poing environ et remplissant le cul-de-sac recto-utérin ; au-dessus on pouvait reconnaître le col dilaté et la tête du fœtus mobile au niveau du détroit supérieur.

La tumeur me parut assez résistante, mais il était difficile de dire si c'était une tumeur solide ou une tumeur liquide dont la compression exercée par la tête aurait tendu outre mesure les parois ; la sage-femme me dit bien qu'elle avait trouvé cette tumeur beaucoup plus dure au commencement du travail, ce qui me faisait supposer que j'avais affaire à un fibrome ramolli plutôt qu'à un kyste de l'ovaire ; cependant comme il me semblait trouver de la fluctuation au point le plus saillant, je me décidai après avoir fait une application de forceps infructueuse à ponctionner la tumeur, ce que je fis avec le trocart capillaire de Potain : la ponction ne donna issue qu'à 2 cuillerées à soupe environ de liquide incolore, ce qui n'influa guère sur le volume de la tumeur, mais confirma le diagnostic de fibrome sous-péritonéal.

Je tentai de refouler celui-ci au-dessus du détroit supérieur ; mais je refoulais en même temps la tête qui le chassait de nouveau devant elle à la première contraction.

Voici le moyen que j'employai alors pour mener à bien l'accouchement ; après avoir appliqué le forceps, j'en confiais les branches à la sage-femme en lui recommandant de n'exercer de tractions que suivant mes indications ; puis in-

introduisant deux doigts dans le vagin et deux doigts de l'autre main dans le rectum, je repoussai en haut la tumeur et j'ordonnai à la sage-femme de tirer ; l'effet attendu se produisit ; nous ressentîmes un ressaut ; la tumeur s'échappa dans l'abdomen et la tête se présenta au détroit supérieur ; j'amenai un enfant vivant , la délivrance se fit sans difficulté ; les suites de couches furent normales ; j'ai eu depuis à plusieurs reprises l'occasion d'examiner cette femme et je n'ai jamais pu sentir sa tumeur ; il est probable qu'elle aura ainsi que cela arrive souvent suivi le mouvement d'involution de l'utérus et aura sinon disparu, au moins considérablement diminué.

Nous venons de voir que lorsque la grossesse a lieu, souvent elle n'est pas modifiée d'une manière sensible ; mais il n'en est pas toujours ainsi ; parfois l'utérus est très augmenté de volume, des crises douloureuses surviennent, des hémorrhagies se déclarent et on constate l'avortement ou l'accouchement prématuré ; la fréquence de cet avortement est de 1 pour 6 à 9 (West, Winckel, Sebileau, Nauss, Toloczinou, Lefour, Stratz, Stavely, Chahbazian). L'avortement est surtout fréquent avec les fibromes du corps de l'utérus ; cela tient à ce fait que pendant la grossesse les deux segments de l'utérus, corps et col ne subissent pas une évolution parallèle ; l'agrandissement de la cavité se faisant principalement aux dépens du corps on comprend la gêne plus accusée qu'apporte à la

marche naturelle de l'ampliation utérine un corps fibreux de cette région. Hueter estime que l'avortement est la terminaison presque fatale d'une grossesse développée dans un utérus fibro-myomateux. « Puisque, dit-il, malgré la fréquence extrême des tumeurs fibreuses utérines, on les trouve assez rarement mentionnées comme cause de dystocie, c'est qu'elles ont mis obstacle à la fécondation, ou bien déterminé un avortement. »

Chadwick pense, au contraire, que les avortements ne sont pas plus fréquents dans les grossesses compliquées de corps fibreux que dans les grossesses normales.

Hofmèier, sur 20 femmes atteintes de tumeurs fibreuses de l'utérus, n'a observé que deux fois l'avortement, une fois à 3 mois, une fois à 6 mois, aussi fait-il la critique de l'opinion courante regardant l'avortement comme extrêmement fréquent dans les cas de tumeurs fibreuses de l'utérus gravide; analysant avec soin les observations, il montre que l'on n'a pas toujours assez scrupuleusement recherché la véritable cause de l'interruption de la grossesse dont on s'est empressé d'incriminer le fibrome; il n'est pas douteux que l'avortement puisse résulter dans certains cas des causes banales et vulgaires de l'avortement ordinaire; aussi faut-il toujours, dans un cas de fausse-couche avec corps fibreux de l'utérus, rechercher soigneusement s'il n'existe pas une autre cause qui ait pu déterminer

l'arrêt de la gestation. Un fibro-myome peut-il par sa seule présence et en dehors de tout autre motif, occasionner l'avortement ? presque tous les accoucheurs sont unanimes à répondre à cette question par l'affirmative et de nombreuses observations viennent corroborer cette opinion ; la statistique très difficile du reste à rigoureusement établir pour les avortements en général, n'indique pourtant pas une différence fort accentuée entre les myomateuses et les femmes saines au point de vue de l'arrêt prématuré de la grossesse ; aussi quelques auteurs, notamment Chadwick et Hofmeier, ont-ils soutenu que les fausses-couches ne sont pas plus fréquentes avec un utérus fibreux qu'avec un utérus normal ; Brion, sur les 161 cas de fausses couches, où mention est faite de la cause, n'a trouvé incriminé qu'un seul fibrome sous-muqueux.

Quoiqu'il en soit, l'avortement dans le cas de corps fibreux compliquant la grossesse peut survenir à n'importe quelle période de la grossesse, mais d'ordinaire, il survient du 4^e au 6^e mois.

Pour expliquer cet avortement, il ne faut aller bien loin en chercher les causes ; celles-ci sont multiples : endométrite, salpingite, hydorrhée, insertions vicieuses du placenta, insertion du placenta sur le corps fibreux, contractions irrégulières et spasmodiques de l'utérus, congestion de l'utérus ; ses déviations, son enclavement, ses adhérences doivent encore s'ajouter aux autres causes ci-dessus énoncées.

On a pensé que l'avortement pouvait dans quelques cas relever du défaut d'extensibilité du tissu utérin altéré par la néoplasie fibreuse. A l'encontre de cette opinion, Lefour cite 6 observations de grossesses gémellaires compliquées de fibromes de l'utérus et dont 4 furent nonobstant conduites à terme ; Mac Clinlock a observé une grossesse trigémellaire dans un utérus fibromateux ; l'accouchement eut lieu à terme ; toutefois, la gémelléité doit être considérée comme une véritable complication. Il est rare, en effet, que deux enfants puissent arriver à terme et vivants quand la matrice porte par surcroît une ou plusieurs tumeurs ; le pronostic est également très sombre pour la mère.

L'avortement est d'autant plus à craindre que là où les tumeurs occupent un siège spécial, les fibromes sous-muqueux sont plus dangereux que les fibromes interstitiels, les sous-péritonéaux étant les moins graves au point de vue de la gêne apportée à l'évolution de la grossesse ; les fibromes du col qui viennent s'engager dans sa cavité sont très susceptibles de provoquer l'avortement. Il faut noter qu'après l'ablation des fibromes, des femmes ont pu accoucher normalement, après avoir perdu leur prédisposition aux hémorragies et par suite à l'avortement. A côté de l'avortement, il nous faut dire quelques mots de l'accouchement prématuré ; sa fréquence est de 1 sur 7 ou 9 ; ordinairement, cet accouchement prématuré se

fait du 8^e au 9^e mois ; ses causes sont les mêmes que celles qui produisent l'avortement, mais il faut noter ici la fréquence de l'accouchement prématuré dans le cas de fibromes occupant le col. Cela se conçoit aisément, puisque le segment inférieur ne participe à l'ampliation de l'utérus que dans les derniers mois de la grossesse.

Les corps fibreux, normalement, donnent lieu à des hémorrhagies plus ou moins répétées, se présentant d'abord sous forme de ménorrhagies, puis de métrorrhagies. Si dans quelques cas ces hémorrhagies symptomatiques d'un corps fibreux disparaissent au cours d'une grossesse, le plus communément on les voit redoubler durant cette période et elles deviennent souvent inquiétantes par leur abondance ou leur répétition, tout en conservant les mêmes caractères qu'elles avaient, alors que la femme n'était pas enceinte. Ces hémorrhagies ont des causes multiples : congestion, métrite, salpingite, insertions vicieuses du placenta, insertion du placenta sur la tumeur elle-même, contractions irrégulières, inégales et incoordonnées du tissu utérin encore sain d'une part, et de celui qui est déjà infiltré de la néoplasie facilitant la déchirure du sinus circulaire du placenta dont les bords se trouvent tirillés.

Si les hémorrhagies sont fréquentes et peuvent expliquer dans la majorité des cas les avortements et les accouchements prématurés, il n'en est pas de

même de l'hydrorrhée qui est très-rare et moins grave.

Nous allons parler actuellement d'accidents qui tout en étant peut-être moins fréquents sont souvent aussi très-graves.

Ces troubles de compression se rencontrent souvent dans la grossesse non compliquée, mais ils sont particulièrement fréquents quand une tumeur fibreuse vient encore augmenter la masse de l'utérus; cette compression peut être permanente ou passagère; elle peut porter sur des organes ou des vaisseaux et des nerfs donnant lieu dans chaque cas à des symptômes extrêmement variables; si la compression porte sur la veine cave inférieure, il y a de l'œdème des jambes, puis de l'œdème qui se généralise progressivement, des varices, des hémorroïdes, des varices des organes génitaux externes. Si le nerf sciatique est comprimé, il y a de la névralgie sciatique et parfois même de la névrite avec troubles trophiques. Les nerfs lombaires comprimés donnent lieu à des douleurs lombaires avec irradiations dans l'abdomen et aux cuisses. La compression du réservoir fécal donne lieu à des épreintes, du ténesme anal, à une constipation de plus en plus opiniâtre pouvant aboutir parfois à de l'obstruction intestinale; il y a parfois eu gangrène de l'intestin; cet état de constipation prolongée, de coprostose, peut amener avec lui un état de stercorémie tout particulier. Les phénomènes de

compression relatifs aux organes urinaires sont variables selon que l'urèthre, la vessie ou les uretères sont obstrués, dysurie, pollakiurie, ténésme vésical, rétention plus ou moins complète, cystocèle vaginale, urémie, albuminurie, hydronéphrose. Enfin le diaphragme peut être refoulé d'où dyspnée et suffocation.

L'utérus rendu plus friable par l'infiltration néoplasique, distendu par la grossesse et la tumeur, bridé parfois par des adhérences ou enclavé dans le petit bassin est susceptible de se rompre, sous l'influence de son développement ou de contractions spasmodiques.

Il n'est pas jusqu'aux complications inflammatoires ou septiques, telles que métrite, salpingite, ovarite, périmetro-salpingite, pelvi-péritonite, péritonite enkystée autour d'un corps fibreux ou péritonite chronique s'accompagnant d'ascite, qui puissent gêner le cours de la grossesse. La compression longtemps prolongée de certains organes donne souvent lieu aussi à des phénomènes inflammatoires ; c'est ainsi que l'on rencontre la phlébite, la cystite, la néphrite, la pyelo-néphrite ; la malade peut succomber enfin à la septicémie ou à l'infection purulente. Pour en finir, citons les déplacements de l'utérus par ordre de fréquence, la rétroversion, les latéroversions, l'antéversion, la torsion de l'utérus sur son axe quand la tumeur est volumineuse (Lefort, Bourcart) ou avec large pédicule, la torsion de la tumeur

quand le pédicule est long et mince (Cappie, Ros-thorn). Citons quelques raretés pour finir : throm-boses (Bastard, Duguet, Porat embolies pulmo-naires (Berlin) hémorrhagie cérébrale (Duncan).



Influence des fibromes sur le travail et les suites de couches

Nous venons de voir quelles complications nombreuses et graves peuvent entraver le cours de la grossesse et gêner son évolution ; nous pourrions en dire autant de l'influence fâcheuse des fibromes sur le travail ; car c'est à terme, pendant le travail que des accidents redoutables surgissent souvent, accidents que l'accoucheur doit avoir bien présents à la mémoire pour pouvoir intervenir à temps et pouvoir faire bénéficier la malade d'une intervention bien comprise. En effet, d'une part, il y a tendance aux présentations anormales ; les présentations du siège et du tronc sont plus fréquentes, parce que la tumeur déforme l'utérus et trouble l'accommodation du fœtus. Lorsque les fibromes occupent la partie inférieure de l'organe, lorsqu'ils obstruent pour ainsi dire la voie que doit suivre l'enfant pour sortir, le dégagement est encore obtenu parfois par le refoulement à l'aide de la main de l'accoucheur (voir notre deuxième observation) ou par la rétraction des fibres

utérines qui attirent en haut la tumeur. Dans d'autres circonstances l'accouchement est difficile ou impossible. En même temps il faut noter que les contractions sont absolument irrégulières, ce qui augmente la durée du travail et peut favoriser la rupture utérine dans un utérus ramolli. De plus les hémorrhagies qui sont assez rares pendant la grossesse sont plus fréquentes au moment de la délivrance et la tumeur fibreuse entraînant, en la déprimant, la paroi utérine peut produire l'inversion qui est encore une sérieuse complication.

Les suites de couches, qui peuvent être normales, peuvent aussi être compliquées et, si la femme a pu échapper aux complications ci dessus énoncées, elle n'échappe pas toujours à celles de suites de couches. Citons seulement: les hémorrhagies persistant parfois pendant plusieurs jours, les septicémies, l'infection purulente, les thromboses, les phlébites, les lymphangites, les péritonites, etc.

Les fibromes utérins, comme on a pu s'en rendre compte par cette courte étude, constituent une complication véritable de la grossesse. Sur 286 cas où le sort de la mère est connu, Lefour a relevé 141 cas de mort ; donc 1 femme sur 2,45 a succombé ; sur 228 observations mentionnant le sort de l'enfant, Lefour a relevé 130 mort-nés ; donc 1 sur 1,65 ; les statistiques de Susserott, de Nauss, de Gusserou et de Stratz donnent respectivement pour la morta-

lité maternelle 53%, 53,92%, 57% et 53,8%; pour la mortalité fœtale 66%, 57,2%, 66% et 58,33%; sur 597 cas réunis par Stavely et dans lesquels l'accouchement se produisit, 220 femmes soit 37% moururent; sur 307 cas d'avortement pour fibromes, la mortalité maternelle fut seulement de 1,2%.

Chahbazian sur 78 cas de fibromes du col compliquant la grossesse a relevé 26 cas de mort pour la mère soit 33,33% et sur 52 cas où mention est faite de l'état de l'enfant, il y eut 35 mort-nés, soit 56,12%.

D'autre part, Hofmeier s'appuyant sur sa statistique émet les conclusions suivantes « les myomes ne causent que rarement pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, des dangers réels et sérieux. Patience, prudence, dans la direction de l'accouchement, antisepsie rigoureuse, surveillance judicieuse de la délivrance, telles sont les conditions qui permettent de diminuer considérablement ces dangers. »

On est donc loin de s'entendre sur le pronostic des fibromes et de leur influence néfaste sur la grossesse; pour les uns, le pronostic est très grave, pour les autres, bénin; il semble qu'il faille dans ces cas-là prendre un moyen terme, en admettant ce que les statistiques peuvent avoir d'aléatoire, et que bien souvent des fibromes ont pu passer inaperçus et ne gêner aucunement la grossesse.

En général, on peut dire que le fibrome, au point de vue obstétrical, comporte un pronostic grave aussi bien pour l'enfant que pour la mère. D'une façon générale l'enfant est plus exposé que la mère, « aujourd'hui, dit Keiffer, la vie de la mère est à peu d'exceptions près, assurée ; celle du fœtus bien qu'encore aléatoire, bénéficie cependant des connaissances nouvelles acquises en physiologie pathologique de l'utérus et surtout de la technique instrumentale de l'accouchement dystocique ».

L'enfant, pendant la grossesse, court le risque de succomber par avortement ou accouchement prématuré, et, pendant le travail, par suite des difficultés de son dégagement.

La femme, elle, est exposée aux hémorrhagies, à la péritonite, à la gangrène du corps fibreux, aux accidents de la torsion de son pédicule, à la phlegmatie, à toutes les complications ci-dessus énoncées, et à tous les dangers des opérations nécessitées pour la terminaison de l'accouchement.

Le pronostic varie suivant le siège, le volume, la mobilité, la consistance de la tumeur « un fibrome du col, dit Chahbazian, est plus grave, toutes choses égales d'ailleurs qu'un fibrome siégeant sur le segment supérieur du corps de l'utérus et moins grave qu'un fibrome siégeant sur le segment inférieur ».

Il faudra donc dans chaque cas s'enquérir de la forme, du siège, du volume de la tumeur, de ses con-

nexions et des phénomènes de compression qu'elle présente ; ce n'est qu'après avoir fait toutes ces investigations que l'on pourra porter un pronostic certain ; il faut bien savoir encore que la grossesse joue, dans certaines circonstances, un rôle curateur vis-à-vis des fibro-myomes de l'utérus qui disparaissent complètement ou diminuent notablement après l'accouchement ou l'avortement.



Influence de la grossesse sur les tumeurs fibreuses de l'utérus

Nous venons de voir précédemment l'influence fâcheuse qu'exercent les fibromes sur la fécondation, la grossesse, le travail, les suites de couches ; il nous faut dire actuellement quelques mots de l'influence réciproque de la grossesse sur les tumeurs fibreuses de l'utérus.

Les modifications apportées par la grossesse aux tumeurs fibreuses sont relatives à leur situation ou à leur structure intime ; pour ce qui est de leur situation, de leurs déplacements et de ceux de la matrice, nous en avons déjà parlé quand nous avons étudié l'influence des fibromes sur la grossesse ; nous n'y reviendrons pas.

Au contraire, les altérations anatomiques que présentent les fibro-myomes utérins au cours de la grossesse sont plus importantes et à peu près constantes ; du côté de la tumeur fibreuse, deux phénomènes importants se manifestent : son augmentation de volume et son ramollissement ; il paraît, à ce sujet,

exister une sorte d'affinité entre les tumeurs du type fibreux et l'état de gestation, car cet état physiologique influence même des fibromes qui n'ont pas leur siège sur l'utérus. C'est ainsi que Terrillon, Labbé et Remy ont observé pendant la grossesse l'accroissement de fibromes de la paroi abdominale ; de même, Monteils a vu un cas de développement rapide à la suite d'un accouchement d'un fibro-sarcome sous-péritonéal de la paroi abdominale inséré près de l'ombilic ; il semble que la grossesse, dans ces cas-là, donne comme un coup de fouet pour le développement et que la pléthore qui accompagne la grossesse fasse connaître ses effets jusque sur les corps fibreux. Cette action se fait sentir surtout sur les tumeurs fibreuses de l'utérus.

Dolérís, qui a fait l'étude des fibromes dans les cas de grossesse, au point de vue anatomo-pathologique, insiste sur les lésions suivantes.

Sur des sections pratiquées en différents points de fibromes pédiculés provenant de femmes, on voit

1° Une apparence lacunaire générale qui occupe presque toutes les parties de la coupe ; ces mailles résultent d'un feutrage peu épais du tissu ; cette apparence contraste avec celle de la coupe du fibrome, hors l'état de gestation qui offre une surface unie, lisse et continue.

2° Que l'aspect lobulé est beaucoup plus accentué, ce dont il est facile de juger par l'existence de

cloisons épaisses, celluleuses, lâches et par la facilité que l'on a à séparer les petits lobules. L'examen microscopique montre que ces cloisons sont constituées par des faisceaux de tissu conjonctif adulte, au milieu duquel les cellules sont abondantes ; ces cloisons logent les vaisseaux ; elles diminuent d'épaisseur de la périphérie au centre. Il s'est donc développé une notable quantité de tissu cellulaire là où, en dehors de la gestation, les travées sont si minces que les nodules fibreux semblent en cohésion parfaite. Dans ces mêmes travées, on retrouve des éléments musculaires fort nets ; le noyau paraît souvent comme fragmenté ou granuleux, cela tient précisément à cette fragmentation granuleuse du protoplasma des cellules musculaires qui caractérise le tissu de l'utérus pendant la gestation et qui, comme on le voit, atteint également les néoplasmes de cet organe ; la prédominance des éléments connectifs s'accroît au fur et à mesure que les cloisons gagnent le centre de la tumeur, tandis que l'on trouve incontestablement beaucoup de fibres lisses à la périphérie. Ceci montre bien que le développement du néoplasme est surtout central, puisque les éléments les plus anciens ont été rejetés excentriquement par la formation des nouveaux nodules fibreux qui pullulent en quelque sorte et prennent successivement droit de domicile dans les interstices de la trame fibro-musculaire primitive.

A la coupe de ces nodules on n'aperçoit autour

des vaisseaux que des éléments conjonctifs, suivant des sections transversales, longitudinales ou obliques ; les figures polygonales représentant les faisceaux sectionnés, sont beaucoup plus spacieuses que dans le tissu fibreux ordinaire ; l'acide acétique leur donne un aspect granuleux ; les cellules appliquées aux faisceaux sont volumineuses, gonflées, espacées ; elles contiennent souvent plusieurs noyaux que le carmin colore vivement, mais mieux encore l'hémalum ; le reticulum conjonctif doit ces modifications à une infiltration plus ou moins accentuée de substance muqueuse qui rappelle l'aspect du myxome. Cet aspect devient d'autant plus évident qu'on examine des points plus ramollis. Dans quelques cas les cellules elles-mêmes s'emplissent de substance muqueuse aussi bien que les faisceaux ; la transformation muqueuse est parfois tellement accentuée que l'assimilation avec le myxome vrai a pu être établie avec raison.

Il faut noter aussi l'infiltration colloïde des faisceaux conjonctifs, ce qui correspond à leur élargissement au pourtour immédiat des vaisseaux centraux : cette infiltration colloïde rend très bien compte et de l'augmentation rapide de volume et du ramollissement des myomes pendant la gestation. C'est surtout sur les fibromes du col et sur ceux qui présentent une certaine pédiculisation que l'infiltration colloïde prédomine, tandis qu'on la retrouve moins nette dans

les tumeurs interstitielles. Au delà de cette zone on trouve des faisceaux de fibres lisses coupés dans divers sens et des amas d'éléments cellulaires de nature conjonctive, ces derniers sont constitués par des cellules conjonctives rondes ou plus souvent fusiformes, avec peu ou point d'apparence de fibrillation, ce qui donne à ces endroits de la tumeur un aspect sarcomateux. Il est naturel de conclure par l'abondance de ces éléments jeunes, qu'en ces points la prolifération conjonctive se fait d'une manière active, les faisceaux musculaires sont beaucoup plus rares que les faisceaux conjonctifs. On peut juger de leur nature vraie d'après leur coupe transversale, présentant un noyau central étroit, caractéristique de la fibre lisse sur sa partie moyenne. Pendant la gestation, on trouve une plus grande abondance de vaisseaux avec prédominance des veines ; les lymphatiques des fibromes acquièrent aussi un développement très remarquable ; ils subissent généralement un fort degré de dilatation.

Cette ectasie semble en certains points être simplement le fait d'un excès de tension dans l'appareil lymphatique. Mais, le plus souvent les lacunes les plus volumineuses sont plongées au sein d'un stroma jeune formé d'éléments embryonnaires et pourvu de nombreux capillaires. C'est en ces points que les hémorrhagies sont le plus fréquemment observées et c'est aussi dans de semblables conditions que les lym-

phatiques prennent des dimensions telles qu'elles deviennent de véritables kystes ou géodes. La dégénérescence myxomateuse qui occupe certaines régions à un degré très accentué favorise encore cette transformation kystique. C'est donc un processus dystrophique qui semble prédominer dans la marche des tumeurs fibreuses. Sous l'influence de la grossesse il se produit une tension excessive dans les veines et dans les capillaires, une ectasie des lymphatiques avec infiltration des cellules et du tissu du fibrome. Les veines logées dans les cloisons et les travées inter-nodulaires principalement se dilatent sans se rompre; leurs parois s'amincissent; les capillaires cèdent dans les points où le tissu est le plus faible et donnent lieu à des hémorrhagies; les lymphatiques dilatés laissent filtrer le liquide qui les distend. Il ne faut point méconnaître que la prolifération active qui se fait en certains points apporte son concours à l'accroissement de la tumeur; mais c'est là un facteur accessoire. C'est dans des conditions semblables que s'effectue progressivement la pédiculisation et parfois l'énucléation spontanée des fibromes. Quand la tumeur est sessile ou interstitielle, il semble que l'hyperplasie active prédomine sur les phénomènes de stase ou de dystrophie et que au même titre que la menstruation, les excitations, les phlegmasies utérines, la grossesse impriment un mouvement anormal et très actif au néoplasme; Dès lors on comprend que le ramollisse-

ment soit de beaucoup moins prononcé et quelquefois nul lorsque le fibrome occupe la trame de l'utérus).

Cornil, à l'examen histologique d'un fibro-myôme développé dans le cours de la grossesse, a trouvé les lésions suivantes : ramollissements des faisceaux musculaires, hypertrophie de certaines cellules devenues granulo-graisseuses, dissociation de ces fibres cellules par des leucocytes et des corps granuleux, chargés des produits de leur désintégration ; ces différents éléments ont été trouvés par cet illustre anatomo-pathologiste, soit dans le tissu cellulaire, soit dans le liquide contenu dans les géodes formées au sein de la tumeur. Sur des coupes on voyait, au niveau des îlots mortifiés, des fibres musculaires petites, sans noyau colorable et des vaisseaux privés de sang.

M. Cornil pense que, pendant la grossesse, la majorité des faisceaux musculaires de la tumeur subit la même congestion active et la même hypertrophie que le reste de l'utérus ; ces faisceaux ainsi hypertrophiés compriment les autres qui s'atrophient et dont les cellules contractiles se mortifient ; les vaisseaux turgides des muscles hypertrophiés laissent échapper les globules blancs en assez grand nombre ; ces globules migrants deviennent des véritables phagocytes qui se chargent des granulations protéiques et grasses des fibres musculaires nécrobiosées. A l'examen d'une tumeur fibreuse, Dossi a retrouvé les mêmes

lésions, l'examen lui fit voir que tout le centre de la tumeur avait subi la dégénérescence graisseuse. Il trouva, en effet, des fibres lisses musculaires contenant des corpuscules graisseux en petite quantité : tandis que d'autres en étaient presque complètement remplies ; ces corpuscules adipeux étaient disposés en séries, de telle façon que les fibro-cellules se trouvaient détruites. On voyait enfin des leucocytes remplis de gouttelettes graisseuses.

En résumé, les altérations anatomiques des fibromes pendant la grossesse sont les suivantes ; lobulation plus accentuée, cloisons fibreuses épaissies, éléments musculaires abondants surtout à la périphérie du néoplasme, vaisseaux plus nombreux surtout les veines, lymphatiques dilatés, dégénérescence muqueuse ou colloïde des fibres et des cellules connectives, dégénérescence graisseuse des éléments musculaires. Enfin pour ne rien oublier, disons qu'on observe quelquefois mais rarement la dégénérescence amyloïde, cartilagineuse, calcaire ou sarcomateuse des tumeurs fibreuses au cours de la grossesse.

Il n'est pas toujours facile de faire un diagnostic exact de la grossesse compliquée de corps fibreux ; tout est un peu diffus et il est souvent fort difficile de s'orienter ; combien de fois a-t-on pris un corps fibreux ramolli pour une grossesse et réciproquement ; on a bien dans ces derniers temps voulu trouver quelques signes spéciaux, soi-disant pathognomoniques.

Non seulement ils sont d'une recherche difficile, mais encore peuvent manquer ou exister sans qu'il y ait de corps fibreux. Combien de fois encore un fibrome a-t-il passé inaperçu jusqu'à une époque éloignée de la grossesse et combien de fois n'a-t-il été soupçonné qu'au moment du travail. Si on a pu avoir avant la grossesse des renseignements sur la femme, si on a pu l'examiner, on sait à quoi s'en tenir ; si d'autre part la personne a été déjà soignée pour un corps fibreux et si elle en fait l'aveu spontané, cela va tout seul, il suffira souvent de contrôler son dire et de rechercher la grossesse. Mais le plus ordinairement on manque de ces renseignements si précieux, soit que les phénomènes produits par les corps fibreux n'aient pas attiré suffisamment l'attention, soit que les malades soient des personnes négligentes de leur santé ou qu'une pudeur mal placée ait incité à ne pas se laisser examiner, soit enfin que le fibrome soit si petit qu'il n'aggrave en rien ni l'état général, ni l'état fonctionnel de la malade. C'est dans ces cas qu'un médecin prévenu et consciencieux ne laissant rien au hasard devra faire un examen minutieux de la malade tout en s'enquérant dans la mesure possible des anamnestiques qui pourront dans certains cas le mettre sur la voie.

Les anamnestiques apprendront que, depuis quelque temps, les règles sont venues plus fréquemment ; elles ont été prolongées, plus abondantes, se

comportant comme de vraies hémorrhagies ; de plus, elles ont persisté plus longtemps. Cela doit déjà faire penser à un corps fibreux ou du moins à une congestion de l'utérus, ce qui revient au même puisque la congestion est si souvent l'apanage des corps fibreux. Pendant toute la durée de la menstruation, les malades ont souffert plus qu'auparavant aux mêmes époques ; il y a parfois un peu de ténésme rectal ou vésical ; les unes présentent une constipation opiniâtre, d'autres des pertes blanches ou aqueuses ; les tranchées utérines sont fréquentes ; pendant ce temps l'abdomen a pris un développement rapide, plus accentué que ne le comporterait une grossesse ordinaire, aussi les phénomènes de compression ci-dessus décrits font-ils de bonne heure leur apparition ; depuis le début de la grossesse, les hémorrhagies ont pu disparaître tout à fait, se maintenir telles quelles ; ou encore diminuer, voire même augmenter d'intensité.

Ces renseignements sont, nous le voyons, extrêmement vagues ; les signes physiques ne sont pas beaucoup plus importants ; ils peuvent être vagues, manquer ; ou être pris pour des signes rationnels de grossesse.

A l'inspection, le ventre paraît très volumineux, eu égard à la grossesse ; il est souvent irrégulier, présentant à la vue un certain nombre de bosselures ; parfois le ventre est comme celui d'une grossesse normale.

Au palper on sent une tumeur qui donne la sensation de l'utérus gravide : rénitente, sans être très dure, médiane ou déviée latéralement, se durcissant à certains moments ; s'il y a des fibromes ou un fibrome, on peut sentir touchant l'utérus ou séparé par un certain espace quand le fibrome est pédiculé, une ou plusieurs tumeurs lisses ou bosselées, dures ou molles. Ces tumeurs peuvent aller aussi durcir l'utérus qui se contracte en même temps. Si même la tumeur est peu perceptible dans l'intervalle des contractions, au moment où celles-ci se produisent, elle devient saillante sous la paroi abdominale ; donc ici pas grande différence au palper ; de très légères différences et c'est tout. Il semble qu'il faille se fier ici surtout à la dureté un peu plus grande du fibrome, à son irrégularité plus constante, et surtout à l'absence bien dûment constatée du fœtus et de ses mouvements.

L'auscultation n'a pas plus d'importance, elle fait entendre les battements de cœur du fœtus et les souffles utérins, utéro-placentaires. Parfois au niveau des tumeurs fibreuses existe un souffle ; d'ordinaire on ne constate rien à ce niveau-là au point de vue de l'auscultation, la percussion ne donne rien ; il y a matité également au niveau de l'utérus et de la tumeur fibreuse.

Le toucher peut ne donner aucun renseignement sur la tumeur, si celle-ci est trop haut située ou, d'un autre côté, peut fournir des données nulles sur

l'état de gravidité de l'utérus, si la tumeur remplissant l'excavation rend le col inaccessible.

Dans ces cas il faut surtout se fier au palper et à l'auscultation.

Si le fibrome siège sur le segment inférieur, on sentira, au toucher, une tumeur dans l'un des culs de sac, tumeur plus ou moins arrondie, plus ou moins bien délimitée, refoulant le plus souvent le col derrière le pubis, vu la situation ordinaire des corps fibreux.

Les fibro-myomes du col sont facilement diagnostiqués par le toucher, car ils sont facilement accessibles au doigt. S'ils sont un peu volumineux, l'utérus est remonté, l'excavation est remplie par une masse qui risque de donner le change en faisant croire à une extrémité fœtale, mais au dessus de laquelle on trouvera une partie plus dure et surtout plus mobile; l'auscultation permettra de percevoir les battements du cœur fœtal au dessus de l'ombilic et au-dessous d'eux un souffle maternel très intense. Dans les cas difficiles on pourra aussi faire le toucher rectal pour ne rien laisser à l'imprévu et pour arriver à un diagnostic beaucoup plus exact. Quant à l'examen au spéculum, il n'est d'aucune utilité, parfois cependant il permet de constater, de voir un fibrome polypoïde du col. Nous voyons donc par tout cela combien il est difficile parfois de diagnostiquer s'il y a corps fibreux ou grossesse, ou s'il y a coexis-

tence des deux. C'est dans ces cas où le diagnostic est difficile, ardu, parfois même impossible jusqu'au travail qu'il faut savoir se servir de tous ces modes d'investigation, faire un examen soigné de la malade, car le pronostic pour elle repose tout entier sur un bon diagnostic et sur une intervention bien dirigée à la suite de ce diagnostic.

Il peut arriver que la grossesse masque un corps fibreux jusqu'au moment du travail (Nauss, Le Fort) ou qu'une tumeur fibreuse prenant rapidement de l'accroissement, masque facilement une grossesse commençante (Péan, Tauvel, Patterson, Odgen, Aosthorn, Lannelongue, Murphy). Il peut encore arriver qu'on prenne la grossesse ou la tumeur, l'une pour l'autre et cette erreur a été commise, combien de fois, par des médecins prévenus et expérimentés, C'est ce qui fait qu'on ne saurait être trop prudent quand il s'agit de diagnostiquer une grossesse compliquée de corps fibreux et qu'on ne saurait trop s'entourer de tout ce qui peut entraîner avec soi une certitude quelconque.

Bien des personnes se sont efforcées de trouver des signes soi-disant pathognomoniques, dont l'importance, rapidement admise, a beaucoup diminué aujourd'hui.

Ch. Vinay a récemment insisté sur quelques signes de la grossesse au début : vers la 6^e semaine le caractère le plus constant est un changement dans la

forme de la matrice ; le corps de la matrice forme une voussure, saillante surtout en avant ; l'*antéflexion augmente* ; la consistance du corps est aussi modifiée, il se ramollit et le doigt qui l'explore « semble rentrer dans du beurre » suivant l'expression imaginée de Landeau. Ce ramollissement est surtout marqué au niveau de la paroi antérieure et vers les cornes utérines. Il n'est pas besoin de réfléchir longtemps pour voir combien cette augmentation de l'antéflexion et le ramollissement de la partie antérieure du corps de l'utérus et des cornes utérines ont peu d'importance. Il semble que ce sont là des finesses peu accessibles à tout médecin.

Hégar a signalé la *compressibilité particulière du segment inférieur* appréciable dès la quatrième semaine : un doigt est introduit dans le cul de sac antérieur, l'autre main contournant la face postérieure de l'utérus, déprime la paroi abdominale et cherche à rencontrer du bout des doigts l'extrémité du doigt vaginal, à travers le segment inférieur que l'on perçoit très aminci. Si l'utérus est retro dévié, on introduit l'index dans le cul de sac postérieur pendant que la main abdominale déprime la paroi en arrière de la symphyse pubienne. Dans le cas de fibrome au contraire, l'examen montrera un corps utérin dur, irrégulièrement développé ou bosselé ; le toucher rectal rendra de grands services.

Noble avait cru pouvoir attacher une grande

importance à la demi-fluctuation de la matrice apparaissant dès la sixième semaine après la fécondation, pour distinguer un utérus gravide d'un utérus fibreux. Mais Tochier a démontré que cette demi-fluctuation existe aussi dans le cas de corps fibreux pourvu que les tumeurs ne soient pas intéressées au fond de l'utérus.

Ainsi donc, il est extrêmement difficile de différencier un corps fibreux d'une grossesse du moins dans les premiers temps : il faudra se fier aux hémorrhagies accompagnant le corps fibreux, au développement anormal du ventre, à la dureté plus grande de la tumeur, à l'absence de battements et de bruit de souffle pour arriver à différencier un corps fibreux d'une grossesse ; après le quatrième mois, la grossesse sera plus facilement reconnue ; on aura alors les mouvements actifs du fœtus, on pourra produire le ballotement abdominal ; l'auscultation, enfin, fera entendre les battements du cœur fœtal ; on ne négligera pas le toucher combiné au palper qui fournit de précieuses indications ; enfin on renouvellera les examens à plusieurs reprises et à intervalles un peu éloignés ; si la vie de la mère était menacée et qu'il fallût agir promptement, il serait prudent de faire part de ses doutes à la famille, relativement à l'existence possible d'une grossesse.

Dans les cas très urgents, Lawson Tait est partisan de l'incision exploratrice, qui, aujourd'hui, n'est

nullement dangereuse grâce aux précautions antiseptiques ; celle-ci fixe le diagnostic et peut devenir le premier temps d'une opération curative. Une fois que l'on est sûr de l'état de grossesse de la malade, il reste encore à porter le diagnostic de tumeur fibreuse de l'utérus et pour cela, il faudra différencier cette tumeur de toutes celles qui peuvent la simuler et écarter ainsi les chances d'erreur. Un fibro-myome donne fréquemment le change et vient en imposer pour un kyste de l'ovaire. On se fiera à la fluctuation, au développement latéral, à la moindre abondance ou à la nullité des hémorragies, au bon état général de la malade.

Dans le cas d'hésitation, on pourrait faire une ponction exploratrice faite avec prudence et avec toutes les précautions d'antisepsie nécessaires. Malgré tout, le diagnostic témoin les nombreux cas où une tumeur fibreuse fut prise pour un kyste de l'ovaire (Ollier, Rendu, Bourcart, Beckurg, Lurde-man-Landau). Dans le cas de tumeur solide de l'ovaire, le diagnostic est pour ainsi dire impossible à faire avec un corps fibreux (Flaischlen) ; la grossesse extra-utérine est une des tumeurs qui sont le plus souvent confondues avec un corps fibreux ; mais ici tous les signes de la grossesse existeront, excepté les signes physiques ; on aura une tumeur ordinairement transversale, irrégulière, bosselée, mate, douloureuse, et il est bien rare que cette grossesse aille .

au-delà de quatre mois, et le plus souvent il y a rupture tubaire et hématoçèle rétro-utérine (Hergoll, Maygrier).

Citons encore quelques diagnostics beaucoup plus difficiles et beaucoup plus rares :

La grossesse gémellaire (Marquery), la rétrodévi-
ation de l'utérus gravide, les tumeurs kystiques
sous-péritonéales (Kuahenbusch), les kystes hydati-
ques utérins (Wiener, Brill, Gunsbourg), les tumeurs
des parois abdominales (Delbet) plus superficielles et
immobilisées quand on fait contracter les muscles de
l'abdomen, les tumeurs du bassin, gommes des os
d'origine syphilitique, l'ostéo-sarcome de l'os iliaque,
l'hématoçèle rétro-utérine avec son début brusque,
ses phénomènes péritonitiques et ses signes d'hémor-
ragie interne (Demarquay, Saint-Vel), les malforma-
tions utérines, l'hypertrophie partielle du segment
inférieur (Tarnier), diagnostiqués par le toucher,
l'insertion vicieuse du placenta (Chahbaziau), la môle
hydatiforme, le cancer du col, l'allongement hyper-
trophique du col (Leroux, Cazeaux), les tumeurs
kystiques du col (Tarnier), les petites parties fœtales
diagnostiquées par le toucher, enfin, la distension de
la vessie par l'urine facilement diagnostiquée grâce
au cathétérisme de la vessie; nous ne ferons que
signaler, pour finir, la présence de matières stercor-
ales dans l'S iliaque ou dans le cœcum, car cette
tumeur irrégulière en boudin, sur le trajet de l'in-

testin, se laissant facilement déprimer par le palper et disparaissant sous l'influence d'un purgatif, n'offrira aucune difficulté au point de vue du diagnostic.

Une fois posé ce diagnostic de grossesse dans un utérus fibreux, il faudra le parfaire en recherchant si l'enfant est vivant ou non, dans quelle position il se présente au point de vue du pronostic et de l'intervention à faire, quelle est la variété de fibrome à laquelle on a affaire ; il faut élucider si cette tumeur est sous-péritonéale interstitielle ou sous-muqueuse, si elle intéresse le corps ou le col ; en un mot il faut parfaire son diagnostic.

Il ne faudra, pour cela, négliger aucun moyen d'investigation ; l'examen direct étant parfois difficile à cause de l'état de grossesse, l'anamnèse devra être sérieusement interrogée, on n'oubliera point surtout de se renseigner sur les grossesses et les accouchements ou avortements antérieurs ; l'examen devra être minutieux et comprendre les divers modes d'exploration dans différentes positions : palper, percussion, auscultation, palper combiné au toucher, toucher vaginal digital ou manuel, toucher intra-utérin, toucher rectal après avoir vidé les réservoirs urinaire et rectal ; il sera parfois indiqué de recourir au chloroforme pour mener à bien toutes ces opérations (Davis).

Conduite de l'accoucheur après avoir reconnu la présence d'un corps fibreux dans un utérus.

Quelle sera la conduite de l'accoucheur lorsqu'il aura reconnu la complication de corps fibreux ; cette conduite doit être examinée à trois points de vue.

1° Avant la conception.

2° Pendant la grossesse.

3° Pendant le travail.

1° CONDUITE A TENIR AVANT LA CONCEPTION

Quand un médecin a découvert chez une jeune femme ou chez une jeune fille un corps fibreux de l'utérus doit-il déconseiller le mariage et la maternité ? C'est là une question très délicate, pour laquelle le médecin doit s'inspirer aussi bien des vues de la femme que des siennes. « Il importe aux jeunes femmes, dit Blandin, qui ont des corps fibreux de l'utérus, de ne pas devenir enceintes, parce que le plus souvent elles auraient à supporter les périls de l'avortement, et ensuite parce que si l'enfant venait à terme, la tumeur fibreuse pourrait apporter des obstacles considérables à l'accouchement. » Dayle voulait que « l'on conseilât aux malades affectées de corps fibreux de renoncer à l'espoir de devenir mères. » Depaul est également de cet avis. Laurence pense, qu'il faut, tout au moins, prévenir une jeune fille,

atteinte d'un fibroïde utérin, des dangers qu'elle court en se mariant.

Chahbarian estime qu'on n'est pas en droit d'infliger le célibat à ces femmes. Certes si l'on s'en tenait à la lettre, tout mariage devrait être interdit aux femmes porteuses de corps fibreux, mais alors combien de femmes seraient dans cet état là ? N'est-ce pas aller contre le rôle dévolu à la femme qui est de reproduire ; C'est là un besoin tout naturel chez la femme et qui s'il n'est pas soulagé, fait de ces malheureuses des névrosées, de véritables détraquées. Certes il y a les dangers de l'accouchement, et les complications qui peuvent venir dans le cours de la grossesse ; mais combien voyons-nous de corps fibreux qui n'ont gêné que d'une façon légère la grossesse ou l'accouchement ? pourquoi vouloir, parce que certains cas sont vraiment très difficiles et comportent un pronostic grave immédiat, défendre le mariage à toutes les femmes et leur enlever ce besoin de maternité si inhérent à *toutes les femmes* ? Nous ne pensons pas qu'il faille être si intransigeant. C'est là un cas difficile et qui ne peut recevoir même interprétation en toute circonstance. Avant de formuler un avis il semble qu'il faille peser rigoureusement chacune des conditions inhérentes au fait particulier : volume, situation, variété, nombre des tumeurs, les accidents qu'elles peuvent avoir déjà causés, leur évolution, l'état du bassin. Après cela il sera sage de suivre le conseil de

Laurence en se bornant à éclairer l'intéressée sur les dangers probables d'une grossesse éventuelle. Si la femme est jeune, si la tumeur paraît facile à enlever, s'il n'y a pas des adhérences, on devra proposer et conseiller l'extirpation qui aura le double avantage de débarrasser la malade d'une néoplasie, bénigne il est vrai, mais ne laissant pas que de présenter des dangers, même en dehors de l'état de gestation, et qui, une fois extraite, lui permettra une conception plus facile suivie d'une grossesse normale ; les cas sont rares où, au reste, l'on est consulté à titre préventif ; la majorité des malades ne se décidant à demander conseil qu'une fois déclaré quelqu'un des accidents de la grossesse.

CONDUITE PENDANT LA GROSSESSE

Il faudra avant tout se livrer à un examen minutieux afin d'arriver à un diagnostic aussi exact que possible. Il n'y a le plus souvent rien à faire qu'à combattre les menaces d'avortement : conseiller pendant les périodes dangereuses, celles qui correspondent aux époques menstruelles, le repos horizontal, les boissons fraîches, des repas légers, éviter toute fatigue dans leur intervalle ; si la malade présente quelque affection pouvant prédisposer à l'avortement on soignera cette affection, on traitera immédiatement et énergiquement toute menace d'avortement. On s'abstiendra de traiter médicalement le corps fibreux, soit par la quinine, l'ergot de seigle, l'iodure de

potassium ; on évitera les purgatifs répétés. Peut-être pourrait-on essayer la Thyoidine et les bains salés à Salies-de-Béarn, Salins ? Il peut arriver cependant que des accidents divers de compression sur les organes voisins, des hémorrhagies abondantes et répétées, obligent à une intervention chirurgicale ; la place qui occupe le fibrome, un volume, son évolution antérieure connue et sa physionomie actuelle sont autant de facteurs importants qui doivent inspirer la conduite de l'accoucheur.

S'agit-il d'un corps fibreux pédiculé ou sessile, petit, et sous-séreux, au fond de l'utérus, la parturition pourra n'être aucunement gênée et l'expectation sera de rigueur. Si le corps fibreux est plus volumineux et gêne par ses complications, on pourra faire la myomectomie ; autant que possible on s'efforcera d'enlever la tumeur en respectant l'utérus ; on sait en effet que la grossesse est un état physiologique qui ne contre-indique nullement une intervention opératoire, et qu'une intervention chirurgicale pratiquée sur un utérus gravide, n'interrompt pas fatalement le cours de la grossesse (Tiffany, Ozenne). La principale cause d'avortement est non l'hémorrhagie mais la septicémie. Donc dans la majorité des cas la grossesse n'est pas gênée par le fait d'une intervention opératoire et n'en continue pas moins à évoluer.

Sur 11 myomectomies pendant la grossesse, Mayer a relaté 8 guérisons et 5 grossesses évoluèrent ;

Sur 7 cas, Pestalozza eut 5 guérisons, 4 grossesses suivirent leurs cours. Sur 4 cas avec myomectomie il n'y a pas eu de mort, et les 4 femmes ont été radicalement guéries (Stratz), etc. Dans la plupart des cas, l'opération était indiquée par la gravité des accidents ou l'imminence de l'avortement; on intervint dans ces cas-là du 2^e au 7^e mois. A côté de ces cas favorables, il y a aussi des cas défavorables; dans 15 cas l'avortement se produisit à la suite de l'opération. 7 mères guérirent, 7 autres succombèrent, dont 1 à la péritonite qui avait nécessité l'intervention et 3 à l'hémorrhagie; l'opération avait été pratiquée six fois au troisième mois, quatre fois au quatrième, une fois au sixième; dans quatre observations on ne fait pas mention de l'âge de la grossesse. Schröder et Martin vont encore beaucoup plus loin, ils conseillent d'extirper même des fibromes interstitiels à la seule condition qu'ils soient bien délimités; l'énucléation en est singulièrement facilitée par le ramollissement que subit le tissu utérin pendant la grossesse; ce ramollissement rend, de plus, accessibles certaines zones du segment inférieur. Vantrín tient la myomectomie pour une opération donnant d'excellents résultats au cours de la gestation; d'après sa statistique, la mortalité a été de 35 0/0, pendant la grossesse, c'est-à-dire à peu près la même qu'en dehors de l'état de gravidité.

Il s'agit, bien entendu dans tous ces cas, de
Olivry

fibromes n'entraînant que des complications légères et faciles à opérer ; mais si les complications deviennent très graves et si la tumeur n'est pas justifiable de la myomectomie, que devra-t-on faire ? c'est ce que nous verrons quand nous parlerons des fibromes interstitiels.

Le fibrome pelvien est en général plus à redouter que le fibrome dont nous venons de parler. On en a vu pourtant même de très gros s'assouplir et remonter au moment du travail dans la cavité abdominale, soit spontanément, soit refoulés par la main comme nous l'avons vu plus haut. Mais lorsqu'un fibrome a déjà dans des accouchements antérieurs causé des difficultés excessives, lorsque les phénomènes d'obstruction sont accentués, il pourrait être favorable, dans des cas toujours bien discutés, de faire l'avortement ou l'hystérectomie ; nous discuterons ce point quand nous parlerons des corps fibreux interstitiels.

Lorsque le corps fibreux occupe le col, il est sessile ou pédiculé ; dans ce dernier cas il peut être expulsé au devant de la tête fœtale, le pédicule étant rompu spontanément ou excisé par l'accoucheur. Quand la tumeur est sessile l'énucléation peut être faite pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement. Ces opérations généralement faciles doivent être faites de préférence tout à fait à la fin de la gestation ou même au début du travail, car malgré leur

bénignité relative il ne faut pas oublier que la gestation peut être interrompue et d'ailleurs la viabilité de l'enfant est d'autant plus probable que la grossesse est plus avancée.

Si les fibromes sont interstitiels ou se développent surtout dans la cavité abdominale, empiétant plus tard sur la filière pelvienne, doit-on intervenir chirurgicalement ? Doit-on rester dans l'expectative doit-on faire l'accouchement prématuré, doit-on intervenir par l'hystérectomie, l'opération de Porro ou l'opération césarienne ? Ces différents points doivent être discutés.

Le plus souvent à moins d'un accident grave qui oblige à intervenir, il sera plus sage de ne rien faire et d'attendre. La nature a des ressources multiples souvent inespérées, et si quelquefois l'accouchement est très lent, très laborieux, exposant gravement la vie de la mère ou de l'enfant, dans d'autres cas tout s'arrange et se termine sinon spontanément, du moins par des opérations obstétricales bénignes, au lieu des procédés d'intervention auxquels on pourrait avoir recours et qui sont la plupart très dangereux.

Stratz, dit que la comparaison des résultats obtenus par l'opération pendant la grossesse et par l'expectation conduit à cette conclusion : que l'expectation jusqu'au moment de l'accouchement aggrave le pronostic pour la mère et augmente les chances de vie de l'enfant. Si l'on admet que la vie de la mère

est plus précieuse l'intervention pendant la grossesse s'impose d'une manière générale. Mais certains cas présentent une difficulté opératoire telle qu'il est impossible de se prononcer. Des deux modes d'intervention qui s'offrent au médecin, l'hystérectomie pendant la grossesse est encore trop récente pour offrir des bases de jugement ; l'avortement artificiel est dans beaucoup de cas le seul moyen rationnel.

Philipps, sur 7 cas où l'avortement artificiel a dû être provoqué, a noté 5 fois la mort.

Pehling n'est pas partisan de l'avortement artificiel, l'accouchement prématuré exposant davantage l'enfant qui n'est pas aussi viable et ne diminuant pas toujours les dangers de la parturition dans une proportion appréciable.

Lauwers conseille de ne pas pratiquer l'avortement parce qu'il est irrationnel tout en exposant à de sérieux dangers ; il laisse, en effet, la tumeur qu'il faudrait extirper et supprime l'enfant que l'on devrait respecter.

Th. Landau rejette l'avortement et l'accouchement prématuré, à cause des accidents infectieux auxquels ils exposent ; de plus les organes comprimés ne bénéficient que d'un dégagement médiocre du fait de l'avortement. Il est vrai que l'on compte sur la régression de la tumeur fibreuse, régression qui s'effectue souvent aussi bien après l'avortement qu'à la suite de l'accouchement ; mais on est quelquefois

obligé d'avoir recours ensuite à une opération radicale ; on a donc exposé deux fois la vie de la mère et sacrifié celle de l'enfant sans grand avantage.

De plus l'avortement provoqué ne donne pas d'excellents résultats ; 20 pour 100 des personnes à qui on fait subir cette opération meurent ; aussi aujourd'hui la majorité des accoucheurs condamnent-ils l'accouchement prématuré ; tout au plus cet avortement provoqué est-il indiqué quand l'état général de la femme s'oppose à une intervention plus grave, au point de vue du choc opératoire, etc.

Actuellement il semble qu'on veuille donner la préférence à l'hystérectomie sur l'accouchement provoqué, bien que les statistiques au point de vue de la mortalité soient extrêmement variables ; pour Hauser il y a mort dans 37,5 0/0 des cas, pour Wurfert dans 39 0/0 des cas, pour Pujos dans 7, 6 0/0 des cas, pour Vautrin dans 50 0/0 des cas. Pozzi donne 12 mères sauvées sur 17. Il semble qu'aujourd'hui, grâce aux procédés antiseptiques et à la plus grande facilité de l'opération, l'hystérectomie soit l'opération de choix. Mais que doit-on faire du pédicule dans l'amputation utérine ? doit-on le laisser dans l'abdomen ou le fixer à la paroi dans la plaie opératoire il y a encore ici divergence d'opinions, Pozzi s'exprime ainsi :

« Il ne faudra jamais attendre tout à fait jusqu'au terme pour ne pas s'exposer à être surpris par le travail, mais opérer quelques jours avant l'époque

présumée de l'accouchement. Le procédé opératoire qui paraît offrir alors le plus de sécurité, au double point de vue de l'hémorrhagie et de la septicémie, toutes deux particulièrement à craindre quand il s'agit d'un utérus gravide est la ligature élastique extra-péritonéale du pédicule. »

Hégar, Karl Hauser, Murphy se déclarent nettement en faveur du traitement externe du pédicule. K. Hauser donne les résultats suivants : sur 22 cas où l'on indique quelle fut la méthode employée pour traiter le moignon utérin, 14 fois il fut extra-péritonéal et 10 opérées guérissent, soit 28.6% ; 8 fois il fut intra-péritonéal, 5 malades seulement guérissent soit 50%. Aujourd'hui, grâce à l'asepsie, on pourrait laisser le moignon abandonné dans la cavité péritonéale. On pourra dans certains cas pratiquer avec avantage l'hystérectomie abdominale totale qui d'après Varnier et Delbet « en l'absence d'albuminurie et d'éclampsie, paraît devoir donner dans le traitement des fibromes compliquant la grossesse et l'accouchement des résultats supérieurs à ceux de Porro ».

Il semble que cette hystérectomie totale soit aujourd'hui l'opération de choix (Pozzi, Doyen, Delagenière, etc.) L'opération de Porro a l'avantage de permettre de se rendre un compte exact du siège et de la variété de la tumeur et de borner son intervention à une simple myomectomie qui est susceptible

de laisser évoluer la grossesse. Que si l'on se décide pour une extirpation de l'utérus, on met à jamais la femme à l'abri des récidives possibles, c'est une des raisons pour lesquelles l'opération de Porro est bien préférable à l'opération césarienne conservatrice, qui se borne à enlever l'enfant, en laissant le corps principal du délit, la tumeur, et expose par suite à de nouvelles complications; on compte alors il est vrai, sur l'involution utérine pour produire la résorption des fibromes.

L'opération césarienne faite avec succès par Cazin au septième mois de la grossesse a été pour cet auteur l'occasion d'un mémoire où il a rassemblé 28 cas d'opération césarienne nécessitée par des corps fibreux de l'utérus: 24 femmes moururent et 15 enfants seulement naquirent vivants.

Sanger a réuni 43 cas d'opération césarienne par fibrome et il a trouvé une mortalité maternelle de 83,7%. L'opération césarienne semble être de mise surtout quand la femme est encore jeune, qu'elle souhaite une seconde maternité et surtout que l'utérus n'est pas trop atteint. Voilà de bien grandes opérations pour des myomes compliquant la grossesse, mais heureusement il ne faut pas prendre tout cela à la lettre et nous serions bien tentés de nous rapprocher des idées de Hofmeier au point de vue du traitement des myomes pendant la grossesse «les myomes, dit-il, compliquant la grossesse ne créent

généralement pas de grands dangers, et cela mérite d'être hautement affirmé en présence de l'engouement de plus en plus vif à opérer durant la grossesse. On ne peut nier toutefois que des phénomènes très graves n'arrivent à se manifester quelquefois mais l'éventualité en est rare. .

D'un autre côté, la plupart du temps, les malaises s'évanouissent une fois la grossesse terminée; en somme l'indication d'une intervention pendant la grossesse est rare, et, à supposer qu'une opération devienne nécessaire, on pourra souvent la différer jusqu'à la fin de la gestation ».

Keiffer s'est montré également conservateur. « Nous avons, dit-il, les chances de voir les tumeurs suivre les modifications physiologiques du tissu utérin normal et de fonctionner au moment opportun, comme tel, de pratiquer le curettage en cas d'avortement, de voir évoluer la grossesse avec peu ou pas d'accidents jusqu'à terme ou tout au moins jusqu'à viabilité du produit, de pouvoir opposer aux hémorragies les moyens habituels, de réunir la version podalique ou l'extraction instrumentale, de faire une extirpation par la voie abdominale ou vaginale d'une ou plusieurs tumeurs, causes de dystocie, et cela préalablement à l'accouchement à terme; enfin il nous reste encore pour les cas les plus graves de dégénérescence maligne ou de développement excessif avec putréfaction du fœtus ou tout autre combinaison

l'extirpation totale par l'une et l'autre voie ; si nous opérons d'emblée, nous évitons les accidents ultérieurs, mais au prix d'une mutilation qu'il n'est pas possible de considérer *a priori* comme justifiée ».





Conduite à tenir pendant le travail chez une femme ayant un utérus fibromateux.

Quelle conduite doit tenir l'accoucheur pendant le travail ? Comme le dit excellemment Lefour, il faut « attendre d'abord en faisant à la nature la part aussi large que possible, mais limitée par l'intérêt de la mère et de l'enfant ; agir ensuite sur la tumeur, de manière à diminuer ou à faire disparaître l'obstacle, puis, si ces tentatives sont restées infructueuses, agir sur le fœtus, ou terminer l'accouchement par une opération sur la mère ». Telles sont les indications nettement formulées ; c'est à l'accoucheur de voir dans chaque cas, par quel procédé, le plus facile et le moins dangereux, il pourra arriver à terminer l'accouchement ; il n'y a pas de règles strictes à donner ici ; aucun cas ne se ressemble et c'est à l'accoucheur à faire preuve de sagacité.

Durant l'accouchement, il est parfois possible de refouler les myomes sous-séreux, sinon il vaut mieux attendre ; l'accouchement spontané est encore celui qui donne les meilleurs résultats. Sur 7 cas, Tarnier a une seule femme qui succomba et quatre enfants naquirent vivants. Si l'accouchement spontané est impossible, si le travail s'arrête et donne lieu à des dangers, soit pour la mère, soit pour l'enfant, il faut recourir soit au forceps, soit à la version ou à l'ex-

traction. Le professeur Tarnier, dans ce cas, préférerait le siège au sommet parce qu'il prétendait que le siège plus petit pouvait s'insinuer plus facilement à travers le col et écarter mieux la tumeur du centre de l'excavation ; il semble qu'il soit préférable ici, comme d'habitude, d'extraire l'enfant tête première. Dans les cas où le forceps et la version ne suffisent pas, il restera comme dernière ressource : l'ablation ou le refoulement des tumeurs, l'embryotomie. Si l'accouchement est impossible, on fera l'opération césarienne ou celle de Porro.

L'ablation dans les cas de fibromes faisant saillie dans le vagin, pourra être une opération favorable, soit qu'on emploie l'écraseur, l'anse galvanique ou la torsion du pédicule.

Lorsque l'enfant est mort, tant que les instruments peuvent passer, il faut donner la plus large part à l'embryotomie.

Lorsque l'enfant est vivant, on doit encore y recourir, en général, plutôt que d'agir sur la mère ; mais sur ce point, les accoucheurs ont des opinions un peu divergentes, et il en est qui préfèrent l'opération césarienne ou l'amputation de Porro. Quant aux complications qui peuvent entraver le cours d'une grossesse avec corps fibreux ; elles seront minutieusement soignées. On aura soin de faire attention à la vessie ; un cathétérisme aseptique en cas de rétention remédiera à cet inconvénient. On surveil-

lera bien l'intestin et à la moindre velléité, on donnera un purgatif léger ou un laxatif.

S'il y a menace d'avortement, on fera tout le possible pour l'arrêter : repos, lavements laudanisés, etc. Si l'avortement se produit en dépit des efforts de l'accoucheur, ou s'il est provoqué dans un but thérapeutique, il est banal de dire que les plus minutieuses précautions antiseptiques doivent y présider ; plus que dans tout autre cas, on sera exposé à se trouver en présence d'une rétention du placenta. Il ne faudra pas temporiser alors, mais extraire de suite le délivre au moyen d'une longue curette, plutôt tranchante que mousse, selon le conseil de Keiffer ; cette intervention sera parfois pénible, à cause des déviations de l'utérus ou bien parce qu'un placenta prævia, refoulé par le fœtus, sera venu reprendre sa place et obstruer l'excavation ; il importe toutefois que le curettage soit soigneusement fait. Outre les indications habituelles du curettage obstétrical, cette opération a l'avantage, dans ce cas particulier, d'agir sur l'endométrite, compagne obligée de la majorité des tumeurs fibreuses de l'utérus.

Les hémorrhagies seront soignées par les méthodes habituelles, injections très chaudes, repos, tamponnement, etc., mais en présence d'une hémorrhagie abondante, résistant aux moyens ordinaires et devenant menaçante par son abondance et sa continuité il faut encore faire le curettage dès que la vie de

l'enfant paraîtra sacrifiée. On ne s'attardera pas aux injections intra-veineuses de sérum artificiel, car cette manœuvre n'est efficace que quand l'utérus, complètement évacué, a retrouvé sa contractilité. En effet, ainsi que Keiffer l'a démontré, la transfusion veineuse agit sur les centres médullaires de contraction de l'utérus.

Il importe de contrôler fréquemment au cours d'une grossesse compliquée de fibrome, les signes de vie que donne le fœtus, afin de pouvoir procéder sans retard à la déplétion de l'utérus s'il venait à mourir, car vu les modifications apportées à la mécanique de cet organe par la néoplasie fibreuse, l'avortement spontané pourrait tarder à s'opérer et tout délai exposerait la mère à des accidents septiques ; la curette jouera encore ici le principal rôle.

Si pendant le cours de la grossesse il se faisait de mauvaises présentations, il faudrait modifier par la version les mauvaises présentations et maintenir la nouvelle au moyen d'une ceinture abdominale.

S'il venait à se produire une rétroversion de l'utérus fibreux gravide, on tenterait aussitôt la réduction manuelle ; pour cela on introduirait deux doigts d'une main dans le vagin, puis un ou deux doigts de l'autre dans le rectum et on chercherait à faire basculer l'utérus. Barnes, dans ces cas là, préconise les pressions latérales par le rectum. Laroyenne réduit directement avec la main introduite dans le vagin

jusqu'au promontoire sans exercer aucune espèce de pression sur l'utérus ; si l'on ne réussissait pas il serait indiqué pour éviter un avortement, de procéder le plus vite possible à la laparotomie, de réduire directement l'utérus et d'enlever, si on le peut, la tumeur cause de la rétroversion.

Enfin, il ne faut pas oublier que pendant la délivrance et les suites de couches, l'hémorrhagie, l'inversion utérine et la septicémie sont des complications assez fréquentes, on les combattra par les moyens ordinaires de traitement. Dans certains cas rares on a noté au moment de l'expulsion de l'arrière-faix, la descente des tumeurs fibreuses, leur énucléation ou leur pédiculisation : il peut être favorable alors d'en faire l'énucléation.



CONCLUSIONS

1° La grossesse est moins fréquente chez les femmes avec corps fibreux que chez les autres.

2° Lorsqu'il y a grossesses, celles-ci sont en moins grand nombre.

3° Les causes de cette stérilité relative résident dans la métrite, les altérations des annexes et des ovaires, l'état congestif et spasmodique de l'utérus, l'agrandissement de la cavité utérine et ses irrégularités, les déplacements de l'utérus la pelvi-péritonite, le vulvo-vagïnisme, etc.

4° Quand la grossesse a lieu elle est influencée d'une manière défavorable par les corps fibreux on a isolé dans ces cas-là la fréquence des grossesses extra-utérines et des placenta prævia il faut noter encore les hémorrhagies, l'hydropisie, les troubles de compression, les déplacements de l'utérus, les complications inflammatoires et septiques (métrite, salpingite, ovarite périméto-salpingite, pelvi-péritonite, péritonite chronique, phlébite, cystite, néphrite,

pyélo-néphrite) surtout trois grandes complications l'avortement, la *rétroversion*, la *rupture*.

5° Les fibromes influencent encore défavorablement le travail et les suites de couches, en donnant lieu à des présentations anormales, en obturant plus ou moins les voies génitales et en gênant ainsi l'accouchement.

De plus le travail est beaucoup plus long, les contractions irrégulières, les hémorrhagies plus fréquentes au moment de la délivrance ; l'inversion utérine peut se produire au moment de la délivrance.

Les suites de couches peuvent être compliquées par des hémorrhagies, de la septicémie, de l'infection purulente, les thromboses, les phlébites, les lymphangites, les péritonites.

6° Le pronostic est grave aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

L'enfant pendant la grossesse court le risque de succomber par avortement ou accouchement prématuré et pendant le travail par suite des difficultés de son dégagement.

La femme, elle, est exposée aux hémorrhagies, à la péritonite, à la gangrène du corps fibreux, aux accidents de la torsion de son pédicule, à la phlegmatia, à toutes les complications ci-dessous énoncées et à tous les dangers des opérations nécessitées pour la terminaison de l'accouchement.

7° Le diagnostic est souvent très difficile.

8° Il faut toujours avertir toute femme ayant un

corps fibreux des dangers auxquels elle s'expose en devenant mère et lui conseiller l'extirpation préventive de sa tumeur.

En présence de grossesse confirmée, tous les efforts devront tendre à la faire parvenir à terme ou jusqu'à l'époque de viabilité du fœtus ; si l'on n'y réussit pas, on agira selon les indications du cas particulier.

9° Quant à l'influence de la grossesse sur les corps fibreux elle se démontre par leur augmentation de volume, leur ramollissement et les lésions histologiques suivantes : lobulation plus accentuée des corps fibreux ; épaissement des cloisons fibreuses par hyperplasie de leurs éléments, fibres et cellules ; hypertrophie du tissu musculaire, néoformation des vaisseaux à sang rouge et blanc ; les fibres et cellules conjonctives sont exposées à la dégénérescence muqueuse et colloïde, le tissu musculaire à la dégénérescence graisseuse.

Vu :

Le Président de la Thèse,

PAUL BERGER.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Antérieurement à 1880 (voir Thèse-Lejour. Th. d'Aggrégation 1880 et Traités de Charpentier, Tarnier Chartreuil, Ribemont Dessaignes et Lepage et Dictionnaire Dechambre. Article grossesse).

KALTENBACH. — Centr., f. Gyn., n° 15 1880.

MUNDÉ. — N. Y. Med, J. Janv. 1880.

SCHRÖDER. — Zeitsch J. Geb. 1880-81.

AMÉLINE. — Thèse Paris 1881.

GUENIOT. — Bull. Acad. Méd. 1881.

POULET. — Conc. Med. 8 Janv. 1881.

SANGER. — Festschr. Jub Crede's-Leipzig, 1881-82.

BECKER. — Berlin. Klin. Wochenschrift, n° 11, 1882.

CHAHBAZIAN. — Th. Paris, 1882.

DEPAUL. — Bulletins de l'Académie de Médecine
19 janvier 1882.

DIETERLIN. — France Médicale, page 112, 1882.

DOIÉRIS. — Bull. de Soc. Anat, Paris, octobre
1882.

HANCKS. — Soc. Obstétricale. New-York, 17 Janvier 1882.

MADGE. — Soc. Obstétricale d'Edinburgh, 1882.

SCHRÖDER. — Zeits, F. Geb, V. T. 1882-83.

DENARIÉ — Lyon Médical, p. 69, 1883.

DOLÉRIS. — Archives de Tocologie, page 1, 1883.

HARRISSON. — Soc. Obst. de New-York, 18 Déc. 1883.

WALTER. — Bristish Médical, Ass. 1883-84.

TRY. — Lancet, I, p. 423, 1884.

KRUKENBERG. — Arch. F. Gyn. XXI. I. 1884.

VARNIER. — Ann. de Gyn. et d'Obstétrique, page 18, 1884.

TISSIER. — Soc. anatomique de Paris, 17 octobre 1884-85.

DAY. — Soc. obst. de Londres, 6 mai 1885.

HAMON DE TRESNAY. — Paris Méd. 1885.

LANDAU. — Archives de Tocologie, 1885.

— Berliner Klin Wochenschrift, n° 13, 1885.

MARTIN. — Berlin Klin Woch, n° 3.

OGDEN. — Canad. pract. avril 1885.

READ. — New Orléans Méd. Journal, p. 205, 1885.

VON JOSCH. — Wien Med. Presse, n° 14, 1885-86.

HORROKS. — British Med. Journal, p. 441, 1886.

LANGNER. — Berl. Klin Woch, p. 478, 1886.

- LEE. — Soc. obst. de New-York, 1886.
- MARTIN. — Berlin Klin Woch, n° 29, 1886.
- PHILIPPS. — Soc. obst. de Londres, p. 138, 1886.
- VAUTRIN. — Th. d'Agrégation, 1886.
- STRATZ. — Zeitschrift fur Geburtshulfe Baud, XII, Heft, 1886.
- OLSHAUSEN. — Berlin Klin Med. Woch, 22 août 1886.
- LUSK. — N. Arch. d'Obstétrique et de Gynécologie, déc. 1886.
- BUSSE. — Inaug. Diss. Berlin, 1886-87.
- AUVARD. — Union Médicale, 2 juin 1887.
- DIRNER. — Centr. f. Gyn. p. 119, 1887.
- GALLARD. — Gazette des Hôpitaux, n° 12, 1887.
- ETHERIDGE. — Amer. Journ. of obst. XX, p. 69, 1887.
- HOFMEIER. — Deutsch. Med. Woch, V, 19, 1887.
- KALTENBACH. — Centr. f. Gyn. p. 435, 1887.
- LAWRENCE, WEEKS. — Congrès International de Washington, 1887.
- MUNDÉ. — Centralb. fur Gyn. 1887, oct.
- URWITSCH. — Centr. f. Gynékol., n° 31, 1887-88.
- FEHLING. — Corr. Blatt. f. Schir Aerzte p. 700, 1888.
- HANKS. — American Journal of obstétric, mars 1888.
- LAKE. — Lancet, n° 5, 1888.
- MEYER. — Centralblatt fur Gyn., p. 713, 1888.

PORAK. — Soc. Obst. et gynécologique de Paris, 8 mars et 12 avril 1888.

RUGE. — Berlin Klin. Woch., n° 36, 1888.

SALADIN. — Thèse Nancy, 1888.

SIPPEL. — Centralblatt für Gyn., 3 nov. 1888.

TAYLOR. — Soc. obst. de Philadelphie, 4 oct. 1888.

TURGARD. — Annales de gynécologie et d'obstétrique, II, p. 439, 1888.

WASILIEF. — Journal de Tocologie de Saint-Petersbourg, page 28.

JOHN PHILIPPS. — British Med. Journal, juin 1888.

MAYO-ROBSON. — Leeds and west riding med. chirurg. Soc., 2 nov. 1888.

PAUTZER. — Inaug. Dissert. Halle, 1888-89.

PELSENREICH. — Soc. obst. et gyn. de Vienne, 12 mars 1889.

HERGOTT. — Annales de Gynécologie, déc. 1889.

ISCH-WALL. — Bull. de Soc. anat., page 20, 1889.

LANGENBUCH. — Langner Deutsch. med. Woch., XXIX, 1889.

MARTIN. — Zeits. f. geb. und gyn., 1889.

PORAK. — Soc. obst. et gyn., Paris, 14 février 1889.

TARNIER. — Journal des sages-femmes, 1^{er} mars 1889.

TUFFIER. — Ann. de gynécologie et d'obstétrique, p. 327, 1889.

VANDERNEER. — Amer. journ. of obstétrique XXII
p, 1121, 1889-90.

BERLIN. — Arch. de Tocologie, p. 700, 1890.

DOLÉRIS. — Soc. obst. et gyn. de Paris 1890.

DUNCAN. — Soc. obst. de Londres 1890.

EXERKE. — Deutsch, med. Woch. 1890.

GIBB. — Med. News 1890.

HOTT. — Arch. j. gyn. XXVII, 1890.

LANDAU. — Berlin klin woch, n° 52, 1890.

MARTIN. — Central Blatt fur. gyn., p. 67, 1890.

PESTALOZZA. — Ann. di Ost e gin., p. 566, 1890.

POZZI. — Gaz. médicale de Paris 1890, 24 mai.

RIBEMONT-DESSAIGUES. — Annales de gynécologie et d'obstétrique, I, p. 241, 1890.

ROUTIER. — Annales de gynécologies et d'obstétrique, I, p. 161, 1890.

WYDER. — Corr. Blatt j. Sch. Aerzte, p. 14,
1890-91.

BLANC. — Annales de Ginéc. et d'obstétrique, p.
193, 1891.

FRITSCH. — Soc. obstétricale de Berlin 1891.

MARQUEZY. — Thèse de Paris 1891.

ROLAND. — Loire Médicale 1891, p. 73.

RABOROWSKI. — Thèse Paris 1891-92.

DELBET. — Arch. générales de Médecine, 1 page
209, 1892.

FLAISCHLEN. — Central Blatt jur. gyn. 10, 1892.

HAUSER. — Arch. f. gyn. XLI, 1-2, 1892.

HUETER. — Berlin klin. Woch. 112, 1892.

LANNELONGUE. — Soc. de gyn. de Bordeaux, 9 juillet 1892.

LANWERS. — Soc. Belge de Gynéc. 26 juin 1892-93.

CORNIL. — Bull. d'Acad. de Méd. 7 février 1893.

FAGUET. — Gaz. hebd. des sciences Médic de Bordeaux, p. 603, 1893.

FERNANDES. — Arch. de Tocologie, p. 92, 1893.

FROMMEL. — Münch Med. Woch. 14, p. 261, 1893.

GUINARD, PÉAN, ROETIBR, VAUTRIN. — Congrès français de Chirurgie, 7^e session, 4 avril 1893.

M^{me} HENRY. — Ann. de gyn. et d'obstétr. 1893.

HERMANN. — New-York journ. of obstétrique, juin 1893.

KÜFFEROTH. — La clinique, p. 625, 1893.

LEPAGE MAYGRIER. — Soc. obstétricale de France 6 avril 1893.

PUECH. — Nouv. Montpellier Médical, janvier 1893-94.

BOURCART. — Ann. de Gyn. et d'Obstétrique, p. 19, II, 1894.

EXERKE. — Central Blatt f. Gyn. n^o 24, 1894.

HOFMEIER. — Zeits. f. Geb. und Gyn. I, p. 199, 1894.

REMY. — Arc. de Tocologie, oct. 1894.

SMITH. — American Journal of obst. p. 365, 1894.

STAVELY. — American Journal of obst. p. 667, 1894.

WERDER. — American Journal of obst. p. 60, 1894.

TREUB. — Arch. de Tocologie, nov. 1894-95.

CAMÉRON. — British Med Journal, déc. 1895.

CHADWICK. — Massachusetts Med. Soc. juin 1895.

DORAN. — Soc. Obst. de Londres, 1895.

FRANK. — Annales of Gyn. and poed. déc. 1895.

GUERMONPREZ. — Congrès de Gyn. de Bordeaux, août 1895.

KREUTZMANN. — Centralbl. f. Gyn. n° 35, 1895.

LEFAYE. — Th. Paris, 1895.

PUECH. — Gaz. des Hôpitaux, n° 90, 1895.

ROSENBERG. — American Journ. of. obstetric. mai 1895.

TARNIER. — Journal des sages-femmes, p. 339, 1895-96.

ADENOT. — Soc. Scient. Méd. Lyon, mai 1896.

AUDEBERT. — Gaz. heb. des Sc. Méd. de Bordeaux, p. 173, 1896.

BAXTER, COLEY, FRADDEN, FRY, GOGGANS, HAGGARD, KELLEY, KIME, LEWIS. — Southern surgery and Gyn. assoc. nov. 1896.

POLLOSON. — Soc. Obst. de France, 9 avril 1896.

DOUGLAS. — Journ. of the Americ. Med. Association. 24 oct. 1896.

FLAISCHLEN. — Soc. Obst. et Gyn. de Berlin, 10 avril 1896.

GAYET. — Gaz. hebd. de Médecine et de Chirurgie, 6 août 1896.

GUERMONPREZ. — Paris, Baillière, 1896.

HAULTAIN. — The practitioner, juillet 1896.

HOFMEIER. — Berliner Klin Woch. 26 oct. 1896.

JACOBS. — Soc. Belge de Gyn. déc. 1896.

KLEINHAUS. — Central Bl. fur. Gyn. n° 7, 1896.

KLEINWACHTEN. — Wien Med. Presse, 13 déc. 1896.

KUFFERATH. — Bull. Soc. Belge de Gynécologie, n° 9, 1896.

MANN. — Med Society of the state of New-York, janv. 1896.

MARTIN. — Normandie Médicale, 15 oct. 1896.

MONOD. — Bull. Soc. Anat. de Paris, p. 740, 1896.

MORISON. — British Gyn. Journal, nov. 1896.

MURPHY. — The Journal of the American Med. Ass. p. 406, 1896.

PASQUALI. — 3° congrès della soc. Ital. di Ost. et Ginec. Octobre 1896.

POLK. — American gyn. and obstetr. Journal, Juillet 1896.

PUJOL. — Archives de gynécologie et de tocologie, page 687. 1896.

RICKETTS. — American Journ. of obst. Novembre 1896.

SANGER. — Société obstétr. de Leipzig. 16 mars 1896.

THUMIN. — Wien klin woch. 1896, 8 octobre 1897.

BOISSARD, DUDIN, CHARPENTIER, FOCHIER, GRYNFELTT, GUÉNIOT, KIEFFER, MAYGRIER. — Société obstétricale de France. 22 avril 1897.

CHENEY. — American J. of obstétric. Février 1897.

FIEUX. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux. 10 mai 1897.

GUILLAUME LAURENT. — Société belge d'anat. path. 8 janvier 1897.

MAYGRIER. — Soc. obstétricale et gynécologique de Paris, 14 janvier 1897.

MOUCHET. — Bull. Acad. de méd. 30 mars 1897.

PANTALONI. — Arch. Prov. de Chirurgie, p. 113 et 125. 1897.

ROTS. — American J. of obst. Février 1897.

